



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**INTERVENCION CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA  
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL.**

**T E S I S**

**Que para obtener el Título de:  
LICENCIATURA DE PSICOLOGIA  
Presentan**

**HERNANDEZ SAAVEDRA MA. DEL PILAR  
LANDEROS MARTINEZ ALICIA  
PLACENCIA MILLAN NORMA**

**ENEP - UNAM - IZTACALA**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA**

**México, D. F.**

**Septiembre 1988**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

REPUBLICA ARGENTINA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA



ESCUELA NACIONAL DE PROFESORES  
PROFESORADO EN LENGUA

EXAMEN DE ADMISIÓN A LA ESCUELA NACIONAL DE PROFESORES  
EN EL AÑO 1947

2 3 4 5

CONFEJADO EN BUENOS AIRES  
EL 15 DE ABRIL DE 1947

COMISIONADO EN JEFE: DR. JUAN B. JUSTO  
COMISIONADO EN JEFE: DR. JUAN B. JUSTO  
COMISIONADO EN JEFE: DR. JUAN B. JUSTO

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

INTERVENCION CONDUCTUAL EN EL  
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

CAPITULO I  
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL  
EPIDEMIOLOGIA  
FACTORES DE RIESGO

En nuestra época son muchos los problemas de salud que afectan al buen desarrollo de los países. En años recientes estos patrones de enfermedad han ido cambiando, por un lado se ha observado una reducción en enfermedades contagiosas, y por otro, un incremento en problemas que derivan del estilo de vida que minan la salud y pueden propiciar la muerte, y éstos son encabezados por las enfermedades del aparato cardiovascular y otros factores, el más importante de los cuales es la hipertensión arterial esencial. Aunque en México aún predominan las infecto-contagiosas (influenza y neumonía, así como gastroenteritis) seguidas de enfermedades cardiovasculares, accidentes y neoplasias.

Las numerosas encuestas epidemiológicas y varios estudios, comprueban su magnitud y su importancia, ya que la hipertensión arterial esencial es un padecimiento de distribución mundial y se le considera la enfermedad crónica más frecuente en la humanidad, pues se encuentra en el 15% al 20% de todos los adultos en la edad de máxima productividad, de 30 a 40 años, además de que acorta la esperanza de vida de la persona que la padece y esto repercute tanto en los paí--

ses industrializados como en los que se encuentran en vías de desarrollo (Chávez, 1985; González C. y cols. 1982; Rapado, 1982. Robertson, 1982; Arquedas y cols., 1982).

Un extenso estudio epidemiológico sobre la complejidad y la presión arterial, efectuado por la Society of Actuaries of Chicago, - - 1959, citado por Stamler (1970), en el cual se informó la experiencia acumulada por 26 compañías de seguros de Estados Unidos y Canadá. Este informe abarca los datos hallados de cerca de 4 millones de hombres y mujeres estudiados durante un período de 20 años. Se registró a los solicitantes de seguros de vida que tenían elevada la presión arterial en el momento de hacer la solicitud, y se compararon registros de supervivencia con los de personas de presión arterial normal. En casi todos los casos el riesgo de morir antes de los 55 años de edad fue 2.5 veces mayor en los hipertensos, que en los de presión arterial normal. Este extenso estudio mostró también que aún las elevaciones leves de la presión arterial pueden aumentar considerablemente el índice de mortalidad.

Otro estudio en el cual demostró la correlación entre la elevación de presión arterial y el aumento de morbilidad, fue el de Framingham (Kannel, 1971), en donde los resultados revelaron que tanto en el grupo que oscila en cifras de tensión normales, como en el de hipertensión manifiesta, el número de pacientes con cardiopatía coronaria fue mayor que en el grupo de presión normal, tanto entre hombres como entre mujeres. Este estudio demostró el papel de la hipertensión como factor importante de los accidentes cardiovasculares

en general. Es importante aclarar otro aspecto, y es que, en la mayoría de las comunidades occidentales la presión arterial tiende a elevarse progresivamente conforme aumenta la edad. Hasta aproximadamente los 50 años, esta tendencia se observa tanto en la presión sistólica como la diastólica.

En general, se menciona que 1 de cada 5 adultos padece de hipertensión, en el mundo. En Estados Unidos, se afirma que 20 a 25 millones de ciudadanos la padecen.

En cuanto a investigaciones efectuadas con el propósito de determinar la frecuencia de la hipertensión, en México se han llevado a cabo varias, una de ellas, fue en 1976 en una ciudad fronteriza con E.U., y se observó un aumento de dicha frecuencia a medida que se pasa de la categoría de ocupaciones manuales a las profesionales y directivas. En 1978 un estudio del personal de la Dirección General de Policía y Tránsito, de la ciudad de México, reveló que las proporciones más altas de hipertensión se encuentran entre empleados administrativos (27 X 100), agentes que trabajan en la calle (28 X 100) y detectives (29 X 100).

En 1979, la encuesta Nacional Médica sobre hipertensión arterial identificó un total de 181,920 pacientes hipertensos.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria de la hipertensión arterial esencial, en nuestro país, de acuerdo con cifras obtenidas en el ISSSTE en 1980, ocupa el sexto lugar en relación a otras enfermedades isquémicas del corazón y accidentes vasculares cerebrales.

A pesar de las múltiples confirmaciones estadísticas de la gravedad del problema en cuanto a la hipertensión, en varios países no ha recibido la atención que merece, entre éstos México, por lo que de esto se derivan al menos tres problemas: 1) Por lo menos el 15% de los casos ignoran que son hipertensos; 2) Las personas tratadas con medicamentos no cumplen con las medidas terapéuticas que pudieran ayudar a reducir el número de múltiples complicaciones y: 3) Además de la prevalencia elevada y su mortalidad precoz, es una causa de invalidez en época productiva de la vida (Chávez, 1985). De ahí la importancia de la hipertensión arterial para la salud y la vida (Méndez, 1977).

Esta revisión epidemiológica no se limita sólo a satisfacer una curiosidad estadística o a ser sólo una extensión de la demografía al campo de la salud, sino que se pretende descubrir los posibles factores que influyen en la aparición de una enfermedad determinada, ya que siendo éstos identificados se buscará la implementación de medidas efectivas para evitar y controlar el padecimiento.

La presión arterial es una variable continua que depende de múltiples factores (edad, medio ambiente, labilidad neuroendócrino, etc.) por lo que es difícil fijar el nivel crítico de ésta, sin embargo es importante hacerlo, dado que de las cifras de presión más bajas hacia las más altas, el riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta.

Así algunos han definido el estado normotensivo entre 130/80mmHg.



(Chávez, 1984), por su parte la Organización Mundial de la Salud - - (OMS) ha considerado convencionalmente en el adulto cifras hasta de 140/90 mmHg.

En cuanto a la hipertensión arterial, es aquella enfermedad en la cual se encuentra una elevación persistente de la presión arterial diastólica a cifras mayores de 90 mmHg, con elevación o no de la presión sistólica (González C. y Alcocer, 1977). Por su parte la OMS, acepta como hipertensión arterial sólo cifras que igualen o rebasen 95 mmHg. Chávez (1985) menciona que en general la hipertensión grave son las cifras diastólicas de 120 mmHg o más, la hipertensión moderada las de 105 a 119, la hipertensión leve de 95 mmHg a 104, y en los casos dudosos, con diastólicas de 90 a 95 mmHg que es la llamada hipertensión fronteriza.

Para comprender los síndromes hipertensivos e hipotensivos, es importante identificar cuales son los factores de los que depende la tensión sanguínea dentro de los vasos, así como su regulación, éstos son: 1) Gasto cardiaco; 2) volumen circulante; 3) resistencias vasculares, en tanto lo que provoque disminución de uno de estos factores provocarán hipotensión, y todo aumento de cualquiera de esos elementos tenderá a la hipertensión (Cabrera, cit., en González C. y Alcocer, 1977).

Desde el punto de vista etiológico la enfermedad hipertensiva, se puede dividir en dos grandes grupos: la hipertensión secundaria, la cual se define como la elevación de la presión arterial debido a alguna causa identificable esto significa la presencia de alteracio-

nes básicamente renales, endócrina, neurológica, toxémica gravídica, las cuales son potencialmente curables, como un problema típicamente médico. Y por otro lado, se encuentra la hipertensión arterial - - esencial, la cual una vez estudiado exhaustivamente al paciente, no se puede establecer una causa única y directa para la aparición de la enfermedad. Este es con mucho el grupo causal más frecuente de hipertensión arterial, ya que se asegura que si bien su frecuencia - informada va de 60 al 90%, cada vez mayor número de autores se inclinan a pensar que ésta no es menor de 85% (González C. y Alcocer, 1977)..

En términos de salud pública, el presente trabajo enfocará su atención hacia la hipertensión arterial esencial generando conocimiento que pueda ser utilizado en el diagnóstico, tratamiento y prevención de este tipo especial de padecimiento.

A menudo la hipertensión se manifiesta con síntomas comunes, fáciles de reconocer, entre ellos, ver manchas negras o luminosas delante de los ojos al despertarse (acufenos), el escuchar zumbidos -- (fosfenos), puede ocurrir que la persona se sienta muy cansada sin causa aparente (astenia, adinamia) incluso sin haber realizado esfuerzos físicos relevantes, notar que el corazón late rápida y fuertemente (palpitaciones), una elevada tensión arterial puede provocar en algunos casos náuseas y vómitos, en ciertas ocasiones se siente entumecimiento y hormigueo en manos y pies (parestesias), también se puede llegar a tener trastornos de la visión. Es probable que existan otros síntomas, aunque estos pueden considerarse como los de mayor incidencia. Como puede verse el cuadro clínico ofrece solamente

datos generales por lo que en muchas ocasiones el sujeto enfermo no consulta al médico.

Pese a la abrumadora cantidad y calidad de investigaciones en relación a la hipertensión arterial esencial, la etiología y consiguientemente la patogenia de este trastorno sigue siendo desconocida. Basta decir que la causa parece ser determinada por múltiples factores. Algunas teorías actuales sobre la causa de la hipertensión sugieren la existencia de una acción recíproca entre los factores genéticos y los ambientales. Otros experimentos han informado que la --disminución en la ingestión de cloruro de sodio, ha conducido a un descenso notable de la presión arterial en enfermos hipertensos (Robertson, 1985).

Una asociación consistente, informada en prácticamente todos --los estudios epidemiológicos, es la correlación entre el peso corporal y el nivel de la presión arterial, y por otra parte, entre el tabaquismo y la presión arterial. Entre otros factores predisponentes se encuentran los de reactividad vascular, que consiste en una respuesta vascular exagerada a muchos estímulos, tales como el ejercicio físico y la tensión física.

Con gran insistencia se menciona que los factores psicosociales adversos pueden tener importancia patogénica en la hipertensión arterial. Asimismo, es posible que ciertas ocupaciones, por ejemplo, el trabajar en fábricas ruidosas, ejecutivos con cierto grado de responsabilidad, en general ocupaciones que demanden trabajo físico e intelectual agobiante.

En cuanto al estilo de vida, Roseman y Friedman (1974) realizaron una investigación en la que clasificaron a personas con padecimiento del corazón, de acuerdo a ciertos rasgos de personalidad característicos de un patrón conductual, al que denominaron patrón de conducta tipo A y cuyos rasgos característicos es que son personas ansiosas, agresivas, impacientes, arbitrarias, con un excesivo impulso de competencia e inhábiles en general, además presentan una expresión general de vigor y energía, volumen de voz alto, dan respuestas abreviadas y concretas, utilizan un lenguaje seguro, rápido y lo aceleran al finalizar frases largas, su lenguaje también es agresivo, interrumpen a su interlocutor antes de que termine éste de hablar, se muestran hostiles hacia algún entrevistador, generalmente se plantean metas muy altas y nunca están conformes con lo que realizan, dan respuestas vehementes ante obstáculos o situaciones de espera. Observaron que las personas clasificadas dentro del patrón Tipo A tienden a estar en constante estado de "alerta", o un estado de estrés, ante cualquier situación, y esto puede provocar que su nivel de presión sanguínea se eleve, pudiendo suscitar, hipertensión arterial.

Otros autores han observado que muchos pacientes hipertensos tienden a ser extrovertidos, escrupulosos, perfeccionistas, tienen ideales elevados y una gran devoción por el deber y la honestidad. Tienden a no quedar nunca satisfechos con sus logros y a menudo son muy sensibles a la crítica. Moschowitz (1919), propone la existencia de una "personalidad hipertensiva" y la describió como, ambicio-

sos, inteligentes, expresivos. Palmer (1950) los definió como escrupulosos, devotos, perfeccionistas, meticulosos, evitan la dependencia y son sensibles a la crítica. En tres estudios cuantitativos -- utilizando entrevistas se encontró que los hipertensos son asertivamente sub-normales (Gildea, 1949; Gressel, Shobe, Saslow y Schoroder, 1950). Hamilton (1942) encontró en una muestra no clínica una relación entre presión sanguínea elevada y una baja asertividad así como susceptibilidad al enojo.

Kalis, Harris, Sokolow y Carpenter (1957) realizaron un estudio con una muestra de 14 sujetos, los cuales fueron incluidos en dos psicodramas, requiriendo en uno asertividad, conducta de demandas y en el otro, amistad, conducta cooperativa. Y los observadores identificaron a los hipertensos como hostiles y agresivos, los describieron como emocionalmente graves, cuidadosos, nerviosos, vengativos, irritables, interpersonalmente los hipertensos son ineficientes e inapropiados apuntando su conflicto acerca de la asertividad y precario control de la hostilidad.

Hay algunos testimonios de que la gente con alta presión sanguínea muestra variación de la misma cuando se enoja. Sin embargo, incrementos igualmente grandes pueden ocurrir ante situaciones suscitadoras de miedo (Schachter, 1957).

El nivel de presión sanguínea elevado y fluctuante se ha descrito como característico de personas que sienten que deben estar constantemente alertas a peligros y amenazas. Además se sienten llenos-

de ira por frustraciones anticipadas de necesidades de dependencia y cargan con grandes responsabilidades que les crean conflictos entre la necesidad de poder, por una parte y la necesidad de recibir cuidados (Sarason, 1975).

Por su parte Hokanson (1961) sostiene que los incrementos de presión sanguínea sistólica es cuando los sujetos son sometidos a frustraciones y fatiga, y esto lo comprobó cuando expuso a una muestra de sujetos donde tenían que resolver problemas aritméticos de computación.

La hipertensión arterial esencial se ha encontrado también en gente quien su capacidad adaptativa ha sido sobrecargada en situaciones tales como desastre natural o guerra, trabajos arduos y excesivos, presión de trabajo, pérdida del mismo y desempleo, migración y urbanización.

Otras investigaciones han mostrado que la elevación de la presión sanguínea puede ser producida experimentalmente en animales por la exposición prolongada a una situación de alerta, utilizando procedimientos de estimulación eléctrica del hipotálamo, expuestos a varios estímulos aversivos, condicionamiento clásico y operante, se encontró rompimiento de interrelaciones sociales normales y también elevaciones de la presión sanguínea después de que terminaba el evento aversivo.

Existe una gran cantidad de investigaciones que indican que la hipertensión arterial esencial se puede relacionar con hábitos inadecuados.

cuados de vida y de responder a un ambiente que siempre es más complejo (Gutmann y Benson, 1971; Henry y Cassel, 1969). Una perturbación de la relación entre el hombre y su medio ambiente puede engendrar emociones no placenteras como pudieran ser, la ansiedad, el miedo, angustia, estrés, etc., cuando la gente reacciona con ansiedad. - ante una situación de tensión, el resultado físico tendrá implicaciones cardíacas, y el resultado de esta ansiedad es un aumento en la liberación de adrenalina y noradrenalina, y esto hace que el corazón se acelere y esto a su vez produce constricción de las arteriolas, - si esto ocurre en forma ocasional no perjudica, pero si este proceso es constante puede llegar a incrementarse el nivel de presión sanguínea.

Si la predisposición a la hipertensión depende de factores genéticos, la aparición posterior de determinadas condiciones psicológicas pueden desencadenar los mecanismos funcionales necesarios para su desarrollo final.

El tratamiento de la hipertensión se ha reducido sólo a su control, como en el caso de tipo médico, en años más recientes se han desarrollado nuevos programas y técnicas no sólo para controlarla sino también a nivel preventivo. Los tratamientos en general, de la hipertensión arterial esencial se describirán más ampliamente en el siguiente capítulo.

## CAPITULO II

### TRATAMIENTOS DE LA HIPERTENSION

El tratamiento de la hipertensión, a través del tiempo ha sido de acuerdo con las ideas imperantes en cada época, así cuando predominaba el concepto humoral (sangre, linfa, bilis y bilis negra), el tratamiento de lo que hoy conocemos con el nombre de hipertensión arterial, consistía en el uso y abuso de sangrías y purgantes drásticos para mejorar el estado de plétora (superabundancia de sangre, -- por lo cual las sangrías eran el tratamiento más empleado).

En el periodo del criterio clínico, basado únicamente en la anatomía patológica, consideraban, que salvo excepciones, no había tratamiento eficaz contra las lesiones arteriales.

Cuando predominaba el organicismo físico-químico, establecido por los fisiólogos, y dado que muchos hipertensos presentaban hipercloremia e hiperuremia, se idealizaron los diuréticos (teobromina y otras xantinas), después, se introdujo el yoduro de potasio para el tratamiento de la hipertensión arterial (H.A.) además de los fármacos que contenían mercurio.

Ya en el siglo XX aparecen medicamentos para el tratamiento de estados anginosos, tales como: el nitrato de amilo, la nitroglicerina, el nitrato de eritritol. Más recientemente aparecieron medica--



mentos tales como la reserpina, metildopa, propranolol, etc. Es así, que en la actualidad se cuenta con numerosos recursos para el tratamiento medicamentoso de la H.A.

Los medicamentos antihipertensores, se pueden clasificar según su función en:

a) **Diuréticos:** Estos medicamentos actúan aumentando la excreción de agua y sales del cuerpo, disminuyendo el volumen circulante. Dentro de los diuréticos más empleados están las tiacidas, las cuales forman la base de la mayoría de los esquemas de tratamiento antihipertensivo. Los efectos inmediatos de la administración de una tiacida, son la disminución del peso corporal, del volumen plasmático y extracelular y del gasto cardiaco, lo cual está asociado con aumento del volumen urinario y la excreción de sodio (Mirkin, 1985; Conway y Lawers, 1960). Hay cambios hemodinámicos asociados que sugieren una modificación de la reactividad vascular a las catecolaminas y la angiotensina, así como una reducción del gasto cardiaco que puede ocurrir aún antes que el volumen intravascular sea afectado por el agente diurético (Fohlich, y col. 1972).

El principal efecto adverso asociado con el tratamiento con tiacidas es la hipokalemia. Por lo que es aconsejable cuantificar semanalmente los electrolitos séricos durante las primeras fases del tratamiento y de manera intermitente después (Mirkin, 1985).

Otros diuréticos empleados son el ácido etacrínico y el furose mide, llamados diuréticos de "techo alto", ya que tienen una acción-

peculiar sobre la función tubular renal. Logran diuresis máxima bastante mayor que la observada con otros agentes, además de que tienen las siguientes características : 1) comienzo rápido; 2) inhibición del transporte de sodio y cloruro en la rama ascendente del asa de Henle, y 3) acción que no depende del cambio del balance acidobásico.

Se absorben fácilmente por el aparato gastrointestinal. Se excretan rápidamente por la orina.

Algunos de los efectos secundarios que se presentan al ingerir este tipo de medicamentos, van desde trastornos gastrointestinales, hasta en un caso ya muy grave, sordera pasajera o permanente; aunque esto es poco frecuente con el ácido etacrínico (Mudge, 1978).

La acetazolamida, es un diurético del grupo de los inhibidores de la anhidrasa carbónica; es el prototipo de una clase de agentes que tienen limitada utilidad como diuréticos, pero que han tenido un papel importante en el desarrollo de la fisiología y farmacología del aparato renal. La principal acción farmacológica de la acetazolamida es la inhibición de la anhidrasa carbónica; además produce un aumento notable de la excreción de potasio atribuible a la mayor secreción distal en el nefrón. Se absorbe con facilidad por el tubo digestivo. Son raras las reacciones tóxicas graves; con dosis grandes se sufre de somnolencia y parestesias; algunas reacciones de hipersensibilidad como fiebres y reacciones cutáneas, depresión de la médula ósea y lesiones renales del tipo de las producidas por las sulfamidas entre otras (Mudge, 1978).

Por último, la espirolactona, es otro tipo de diurético del grupo de los antagonistas de la aldosterona. Los compuestos de este tipo se consideran antagonistas competidores de la aldosterona, el mineralocorticoide endógeno más potente. Se supone que compiten por sitios receptores, pues son homólogos de la hormona natural, pero no provocan respuesta activa. Los antagonistas de la aldosterona se emplean principalmente en el tratamiento del edema refractario. La espirolactona se ha estudiado ampliamente, y sus propiedades farmacológicas la tornan adecuada para uso crónico. Los efectos antihipertensores de la espirolactona son cualitativa y cuantitativamente muy semejantes a los de una tiacida. Los dos fármacos aumentan la concentración de renina en el plasma y son eficaces con pacientes -- con actividad plasmática baja de renina. Cuando se administran crónicamente en dosis adecuadas espirolactona y una tiacida producen disminuciones pequeñas semejantes al del volumen plasmático y el sodio sérico (Acchiardo y col., 1972); citado en Cap. 33 Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Goodman y Gilman, 1978). Algunos informes hacen pensar que el efecto antihipertensor de la espirolactona y una tiacida es aditivo, pero con dosis adecuadas no parece ocurrir así (Ogilvie y Ruedy, 1969). Al igual que las tiacidas la espirolactona produce algo de irritación gastrointestinal y reacciones de hipersensibilidad, y puede aumentar la urea sanguínea en pacientes de insuficiencia renal; además puede ocurrir amenorrea, ginecomastia e hiperpotasemia; este último efecto es particularmente peligroso en pacientes con trastorno de la función renal (Nickerson y Ruedy, 1978).

b) Antihipertensores.

La falta de información acerca de la etiología en la mayoría de los casos de hipertensión hace que la búsqueda de medicamentos antihipertensivos eficaces sea en gran medida empírica. Sin embargo, es este empirismo ha llevado al descubrimiento de fármacos útiles con muy diversos mecanismos de acción. (Nickerson y Ruedy, 1978).

Dentro de esta gran variedad de fármacos se encuentra la Reserpina que al igual que alcaloides afines agotan las reservas de catecolaminas y 5-HT en el cerebro, corazón, vasos sanguíneos, médula suprarrenal y otros órganos y a esta acción se ha atribuido la mayor parte de sus efectos farmacológicos.

La reserpina actúa en sitio central para producir sedación y -- tranquilización características. Después de un efecto "simpatomimético" pasajero, que sólo se observa después de la administración parenteral de dosis comparativamente grandes, la reserpina causa disminución de evolución lenta de la presión arterial, a menudo concomitante con bradicardia. Las respuestas a los preparados de rauwolfia (reserpina) se manifiestan principalmente en el SNC y en el conducto digestivo, y obligan a disminuir en forma progresiva las dosis que se emplean en el tratamiento de la hipertensión. Los ligeros efectos sedantes y tranquilizantes de las pequeñas dosis pueden ser convenientes en los pacientes aprensivos. No obstante, aún en la pequeña dosis de 0.25mg diarios, el fármaco puede producir pesadillas y - depresión psíquica (Quetsch, y col., 1959), a veces de gravedad suficiente para ameritar hospitalización o que lleve al paciente al sui-

cidio. No debe administrarse reserpina a sujetos con antecedentes de crisis depresivas, y debe suspenderse cuando aparezcan signos o síntomas sugestivos (Nickerson y Ruedy, 1978). Los efectos secundarios vasculares, incluyen rubor y congestión nasal.

La Metildopa es otro fármaco antihipertensor muy usado en la actualidad; ésta causa disminución progresiva de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, que alcanza el máximo en 4 a 6 horas. La disminución de la presión arterial es mayor en hipertensos que en normotensos y diversos autores han informado que depende de disminución del gasto cardiaco, de la resistencia periférica, o de ambas cosas (Moe y Abildskov, 1978). La metildopa por vía parenteral o bucal produce sedación. Con una sola dosis este efecto es de duración más corta que el efecto hipotensor y tiende a desaparecer cuando el fármaco se administra en forma continua. La acción antihipertensora alta de metildopa es sobre el SNC. La prueba inicial importante de lo anterior fué que los inhibidores de descarboxilasa que se introducen en el SNC anulan la respuesta hipotensora a la metildopa, pero los que actúan sólo periféricamente son ineficaces (Henning, 1969; Day y col., 1973; en: Goodman y Gilman, 1978 cap. 33). El agente activo probablemente sea la -metilnoradrenalina, porque la inhibición de la dopamina- -hidroxilasa del SNC también antagoniza la hipotensión (Day y col., 1973), y produce más hipotensión que sus precursores cuando se administra en los ventriculos cerebrales.

El efecto secundario global más importante, al administrar metildopa, consiste en lasitud y somnolencia persistentes, particular-

mente perturbadoras para individuos que realizan trabajo mental. -  
Otros efectos indeseables atribuibles al SNC incluyen vértigos, libe  
ración de prolactina signos extrapiramidales; pesadillas y depresión  
psíquica; aunque se presentan menos que al consumir reserpina. La -  
sequedad de la boca y la congestión nasal también pueden tener ori-  
gen central. Se presentan algunos trastornos gastrointestinales. -  
La retención de agua y sal con aumento de peso y edema, puede ocu- -  
rrir con la metildopa, como con otros agentes antihipertensores - -  
(Nickerson y Ruedy, 1978).

Otro tipo de antihipertensor son los llamados relajadores direc  
tos o vasodilatadores, dentro de éstos se encuentran la Hidralacina-  
y la Prazosina. Estos medicamentos inhiben el tono vascular y dismi  
nuyen la resistencia vascular periférica por acción directa sobre el  
músculo liso. La disminución de la presión arterial general por lo  
común está asociada con reacciones funcionales compensadoras que lle  
van al aumento de la frecuencia de descarga de la neurona adrenérgi-  
ca, elevación de la actividad renina plasmática y aumento de la fre-  
cuencia cardiaca, el gasto cardiaco y la reabsorción tubular renal -  
del sodio. Los principales efectos secundarios que se presentan en  
este tipo de medicamentos son; taquicardia, palpitaciones, aumento -  
del gasto cardiaco, enrojecimiento y cefalea, y en especial, al admi  
nistrar hidralacina se puede presentar una singular reacción de hi-  
persensibilidad semejante al lupus eritematoso generalizado, en algu-  
nos individuos, se manifiesta por fiebre, artralgia, erupción cutá-  
nea y mialgias, las cuales aparecen después de la exposición prolon-  
gada al medicamento, pero desaparecen al suspenderlo (Mirkin, 1985).

Al parecer la prazosina carece relativamente de efectos colaterales importantes, lo cual sugiere que ésta llegará a constituir un valioso elemento en el tratamiento de la H.A. (Mirkin, 1985).

Los beta-bloqueadores son otro tipo de antihipertensores, dentro de este grupo se encuentra el propranolol, cuyos efectos más importantes son sobre el aparato cardiovascular, principalmente por acciones directas sobre el corazón. Disminuye la frecuencia y el gasto cardíaco, alarga y disminuye la velocidad de la sístole mecánica y disminuye algo la presión arterial en sujetos en reposo (Robin, y col, 1967; Helfant, y col, 1971). Los efectos colaterales más importantes, asociados con la administración de propranolol, están vinculados con los sistemas cardiovascular y pulmonar (Mirkin, 1985).

Los agentes bloqueadores alfa-adrenérgicos como la fentolamina y la fenoxibenzamina se han utilizado desde hace mucho tiempo para tratar el feocromocitoma. En fecha más cercana, la prazosina ha llegado a ocupar un lugar destacado en el tratamiento de la hipertensión; actúa bloqueando selectivamente los receptores alfa-adrenérgicos (vasculares alfa-1) postsinápticos. De este modo, no sólo disminuye la resistencia vascular periférica sino también afecta al sector de capacitancia del circuito circulatorio, ocasionando dilatación venosa y disminución del retorno de sangre al hemicardio derecho. Por lo tanto, la prazosina produce poco cambio del gasto y la frecuencia cardíacos, por lo cual difiere de los vasodilatadores directos, que acrecientan ambos. Esta característica puede ser ventajosa, sobre todo para los pacientes con circulación, coronaria afectada. Este blo

queador puede utilizarse solo, pero por lo general es más eficaz si se utiliza en combinación con un diurético o un agente bloqueador beta adrenérgico (Chistlieb, 1982).

Un importante efecto colateral de la prazosina es la hipotensión ortostática que puede sobrevenir después de la primera dosis o de un incremento en la dosificación.

Un último grupo de agentes antihipertensores, lo forman los antagonistas del calcio, que incluyen medicamentos como el verapamil. Los antagonistas del calcio tienen una acción selectiva sobre procesos bioquímicos responsables de la vasoconstricción, por lo tanto actúan directamente reduciendo la resistencia periférica elevada. Aparentemente no se presentan reacciones secundarias con el verapamil, en comparación con la nifedipina (otro antagonista del calcio) que cuando es administrada se presentan en algunos pacientes taquicardia y edema periférico (George, 1983).

Como podemos darnos cuenta existe una gran variedad de medicamentos para el tratamiento de la H.A., por lo que la manera de comenzar un programa encaminado a su control, va a depender de la etiología. El éxito de todo programa terapéutico va a depender del médico, ya que debe escoger los medicamentos pertinentes a cada caso en forma individual, aunque puede guiarse por esquemas generales ya establecidos. Sin embargo el empleo de un esquema general de tratamiento no siempre resulta adecuado, porque cada individuo reacciona de manera diferente ante un mismo tratamiento. Esta práctica se lleva a cabo-



cotidianamente en las instituciones del Sector Salud; ahí se cuenta con un cuadro básico de medicamentos, por lo que los médicos se limitan únicamente a administrar los fármacos que contiene éste para este tipo de padecimiento, sin indagar si el tratamiento es el indicado para determinado paciente, ya que en algunos casos se presentan serios efectos secundarios y es entonces, cuando llegan a cambiar el tratamiento probando con otro tipo de fármaco para "ver" si ese sí funciona.

Mirkin (1985), considera que el primer paso a seguir en el tratamiento medicamentoso de la H.A., es la administración de diuréticos tiacídicos, el segundo paso la administración de betabloqueadores o metildopa, el tercer paso corresponde a los vasodilatadores; la administración de cualquier medicamento depende de la tolerancia y reactividad de los pacientes, ya que algunos reaccionarán en el primer paso y otros no, o bien se pueden combinar, todo depende del paciente.

El paciente hipertenso debe someterse a chequeos médicos frecuentes para valorar la eficacia del tratamiento y observar si es que se han presentado reacciones secundarias, ya que como nos dimos cuenta, todo medicamento trae consigo efectos colaterales, que pueden ir desde un ligero mareo, dolor de cabeza, comezón, urticaria, fiebre, somnolencia, impotencia, depresión (que puede agravarse hasta provocar un suicidio), hasta llegar a un cuadro sincopal, o de la primera dosis, que ocurre al administrar prazosin. A este respecto, generalmente los pacientes hipertensos no acuden con frecuencia a --

checarse, sólo se presentan cuando surgen molestias que rebasan su nivel de tolerancia, afectando su vida cotidiana de manera radical. Este comportamiento puede estar determinado por la falta de información y formación en Educación para la Salud, ya que si la población en general conociera la importancia de la salud, tendría entonces una participación activa para la solución de sus problemas de salud, y en el mejor de los casos prevenir cualquier tipo de padecimiento.

Como pudimos observar, el tratamiento medicamentoso de la H.A. sólo se dirige al control de la misma. Lo cual se deriva del modelo lineal causa-efecto que siguen los médicos, en donde sólo se ataca el síntoma y no su causa; en el caso de la H.A. dan medicamentos para propiciar la hipotensión. Al atacar únicamente los síntomas, el médico puede llegar a un diagnóstico incorrecto provocando la prescripción inadecuada de medicamentos que a su vez pueden deteriorar aún más la salud de los pacientes. Esto podría evitarse si el médico ordenara los estudios necesarios para averiguar las causas de los síntomas que se presentan y así hacer un diagnóstico más certero.

El sistema que rige el Sector Salud, refuerza este tipo de situaciones, ya que carece de un programa adecuado de difusión de Educación para la Salud, limitándose en algunos casos a informar por medio de carteles o campañas por radio o televisión, de aspectos superficiales en cuanto a salud (campañas de vacunación, contra sida, diabetes, etc.) pudiendo llevar a cabo programas extensos y ricos -

en información preparados por un equipo multidisciplinario. Al no contar con la información pertinente a su padecimiento, las personas no siguen los tratamientos prescritos por los médicos, por lo que puede agravarse su enfermedad; esto se debe a que la gente no conoce la naturaleza de su enfermedad, sus efectos y sus consecuencias a largo plazo, porque los médicos no proporcionan este tipo de información, que sería conveniente que dieran para que el paciente se apegara más al tratamiento y acudiera más frecuentemente a chequearse y así evitar mayores complicaciones.

Por otra parte, existe otro recurso para el tratamiento de la H.A., lo constituye la cirugía; esto es, la extirpación de los nervios espláncnicos y los ganglios torácicos (Jalvulay, M. 1860-1913, citado en Alcocer y González C., 1977); aunque el tratamiento quirúrgico no funciona correctamente en la mayoría de los casos.

No obstante, el contar con diversos recursos médicos para el tratamiento de la H.A., queda aún sin resolver lo referente a su prevención y en el mejor de los casos, la implementación de tratamientos no medicamentosos que eviten la aparición de efectos secundarios.

Si nos queremos enfocar a la prevención, se hace necesario un conocimiento más completo en sus aspectos científico y técnico a fin de abordar el tema de una manera integral. Considerando esta necesidad recientemente otros especialistas (no médicos), han intentado complementar la labor realizada por los médicos, utilizando --

las herramientas y métodos con que cuentan en su área de conocimiento.

Así es como los psicólogos han incursionado en este campo, desarrollando programas para el tratamiento de la H.A. Dentro de estos programas, se encuentran diversas técnicas de relajación, (que han sido las más empleadas, Jacobson, 1939; Brady, y col., 1974; - Stone y Deleo, 1976; Patel, 1973; y Deabler, y col., 1973); algunos tipos de meditación (Benson, y col., 1974a y 1974b; Blackwell y col., - 1976); técnicas de autorregulación (biofeedback) (Green y col., 1980); ejercicios de yoga (Datey y col., 1969; Patel, 1975), técnicas de -- condicionamiento operante (Benson, 1974) y entrenamiento en comunicación marital (Ewart y col., 1984), entre otros.

Dentro de las técnicas de relajación, se enfatiza la reducción de la tensión muscular; se instruye al paciente para que tense y relaje varios grupos de músculos estriados de todo su cuerpo, comenzando por ejemplo, con las manos, músculos faciales y así progresivamente todos los músculos del cuerpo; Jacobson (1939), fué el primero en observar un decremento en la tensión arterial concomitante con la relajación muscular. La relajación progresiva es también -- una parte integral de la "relajación metronomo-condicionada", técnica desarrollada por Brady (1973); aquí la persona es enseñada a tensar y relajar el mayor número de músculos, seguido de una instrucción más general para "relajarse y aflojarse" midiéndose por un metronomo a 60 beats/min.

Las técnicas de meditación, generalmente son concebidas dentro de un contexto particular, ya sea, filosófico o religioso. Sólo recientemente ha sido empleada fuera de ese contexto o bien, combinada con métodos para cambiar la conducta (Shapiro y Zifferblatt, - - 1976).

La técnica de meditación es difícil de definir por completo; - sólo las técnicas de meditación "concentrativas" se pueden considerar aquí. Su función es reducir o eliminar el pensamiento conceptual y facilitar el desarrollo de un enfoque cerrado en el momento presente y concomitante a los sentimientos de calma y relajación.

Un fenómeno común tanto en la relajación como en la meditación, es que el practicante frecuentemente centra su atención fuera del - dispositivo mental, sobre pensamientos no relacionados con ideas, - imágenes preocupaciones o sensaciones. Estos procesos de pensamiento irrelevante, no son detallados generalmente en las técnicas de - relajación.

Una de las técnicas de meditación más comunes es la de la atención que entra y sale de uno, sin controlar la respiración. Esta - técnica ha sido popularizada y simplificada para su uso con pacientes hipertensos por Benson (1975) y ha sido aplicada en muchos estudios en este campo, se requiere que el paciente piense en el número 1 con cada exhalación y regrese a la cuenta de la respiración cuando ocurre una distracción. Las técnicas descritas incluyen la atención a procesos o sensaciones físicas.

En la meditación trascendental (T.M. Mahesh Yogi, 1968) un mantra o sonido que carece de sentido, es introducido con un enfoque intencional, y la persona es enseñada a repetir el sonido mentalmente sin ningún esfuerzo.

Benson (1975) definió 4 componentes de actividad común de la relajación/meditación: a) medio ambiente callado; b) decremento del tono muscular; c) actitud pasiva y d) la restricción de la atención a un dispositivo mental. Este último componente es visto generalmente como el más importante para explicar el mecanismo que delinea la relajación/meditación (Naranjo y Ornstein, 1971).

Dentro de los resultados obtenidos al emplear la relajación/meditación en el tratamiento de la hipertensión esencial, Deabler, y col.(1973) obtiene reducciones de presión sanguínea a través de las sesiones en un rango de 4 a 10 mmHg para la presión diastólica después de un entrenamiento en relajación/meditación.

Stone y DeLeo (1976) compararon 14 sujetos que fueron entrenados en respiración meditación, éste duró sólo 5 sesiones, pero se les indicó a los sujetos que deberían practicar regularmente en casa. Después de 6 meses de práctica la presión tanto sistólica como diastólica en posición supina, se redujo 15 y 10 mmHg respectivamente, mientras que la presión sanguínea en el grupo control tuvo un pequeño incremento (+1/+2 mmHg).

Por su parte Brady y col.(1974) realizaron un estudio clínico de la hipertensión esencial empleando un diseño A-B-A y A-B-A-B. -

Después de 2-4 semanas de media hora de registro de presión sanguínea (línea base 1), los tres sujetos recibieron entre 19 y 25 medias horas de sesiones de entrenamiento en relajación metronómico-condicionada (entrenamiento 1) en 4 semanas. Esto fué seguido por otras 4 semanas de línea base (toma de presión). Un sujeto no mostró cambios, mientras que los otros 2 sujetos mostraron decrementos en la presión diastólica significativa (3 y 6 mmHg respectivamente).

En contraste con la técnica de relajación/meditación, el biofeedback requiere de una tecnología altamente sofisticada que ha sido desarrollada en años recientes. En el entrenamiento en biofeedback en la H.A., la presión es registrada como una base no continua o continua, y la información es retroalimentada al sujeto mediante señales luminosas o sonoras, o bien mediante señales visuales, esto es que el mismo sujeto vea el registro que muestran los aparatos; esto permite que el sujeto aprenda a controlar voluntariamente su presión arterial.

Benson y col, (1971) entrenaron a 7 sujetos usando la técnica de constante (constant cuff), la línea base y el entrenamiento fueron individualizados, y el entrenamiento continuó hasta que cada sujeto no mostrara reducciones en la presión sistólica en 5 sesiones consecutivas. El promedio de sesiones fué de 22 (rango de 8 a 34) en 4 1/2 semanas, con un decremento promedio de 17 mmHg en la presión sistólica.

Dos estudios (Shoemaker y Tasto, 1975; Surwit y col., 1978) no producen decrementos en la presión arterial. En ambos casos la téc

nica de biofeedback fué usada aparentemente en forma inapropiada. - Shoenaker y Tasto aplicaron una técnica de retroalimentación no continua proporcional, en la cual cada 90 seg. los sujetos podían mos-  
trar su presión diastólica y sistólica en el panel de registro y se les pedía que redujeran ambas.

En el estudio de Surwit y col., usaron la técnica de constante-  
(constant cuff), los sujetos recibieron feedback binario para las -  
reducciones simultáneas en presión sanguínea y tasa cardiaca; estos  
es, se retroalimenta la respuesta correcta, siempre y cuando se de-  
crementen tanto la presión sanguínea como la tasa cardiaca al mismo  
tiempo. Los autores indican que su tratamiento no fué efectivo por  
que al comenzar el entrenamiento, los sujetos tenían tasa cardiaca-  
normal.

Patel (1975) llevó a cabo un estudio, en el cual trató a 20 pa-  
cientes hipertensos con ejercicios de relajación psicofísica con un  
seguimiento de 12 meses. Una reducción estadísticamente significan-  
te en la presión arterial y en el requerimiento de drogas antihiper-  
tensas fué satisfactoriamente mantenido en el grupo de tratamien-  
to.

Por otra parte, Ewart y col., realizaron un trabajo en el cual  
se evaluó el efecto que tenía el entrenamiento en comunicación mari  
tal sobre las reacciones de presión sanguínea en pacientes hiperten  
sos. Nos dicen que la enseñanza de habilidades de afrontamiento, -  
reducen la reactividad de los pacientes ante estímulos medio ambien-  
tales. Se midió la reactividad de la presión sanguínea y los nive-



les de presión de 20 pacientes con sus compañeros y se designaron en 2 grupos: a) entrenamiento en comunicación marital y b) grupo control. En el post-test los sujetos que recibieron el entrenamiento mostraron menos hostilidad durante el intercambio del discurso marital, que el grupo control. También los sujetos del grupo experimental mostraron una reducción significativa de 8,8 mmHg en la reactividad sistólica evocada por la tarea de discusión. Por lo que concluyen que el entrenamiento en comunicación puede ser un medio para controlar la presión sanguínea en ciertos individuos.

### CAPITULO III

#### HABILIDADES SOCIALES

Como se mencionó en los capítulos uno y dos el padecimiento de la Hipertensión Arterial Esencial puede ser evocado o reforzado por factores externos y/o conductuales, tales como patrón conductual tipo "A"; inhabilidad social; inasertividad, estres, etc., es por esto que diversos estudios de la salud se han dedicado a la labor de encontrar tratamientos no farmacológicos que logren tener efectos encaminados a controlar la enfermedad (véase capítulo II).

Sin embargo se ha descuidado aplicar tratamientos que busquen cambiar el estilo de vida de los pacientes de manera práctica y objetiva, es decir, lograr cambios mediante procedimientos que los hagan comportarse de otra manera ante las diversas situaciones de la vida diaria, ya que una forma inadecuada de conducirse provoca generalmente desajustes en las relaciones de los sujetos con su medio ambiente y puede generar sensaciones desagradables que estimulan y activan procesos corporales -(Wolpe 1958) esto puede traducirse como un complejo químico-biológico consistente en un estímulo-respuesta orgánica con sustrato de activación simpática (Chávez R. 1979);- debido a que el paciente hipertenso presenta un patrón conductual característico que los describe como personas ansiosas, aprensivas, autoritarias, arbitrarias, inhábiles en general, entre otras, que -

trae consigo y a través de todas estas actitudes, la activación orgánica y por consiguiente el incremento constante de su tensión sanguínea, es por ello que se sugiere como alternativa el empleo de -- de técnicas cuyo objetivo principal sea cambiar el comportamiento social de los individuos, es decir, que la aplicación de un entrenamiento en habilidades sociales sería un buen instrumento para lograr cambios y modificar el patrón conductual que caracteriza a dichas personas, cambiando la manera en que se enfrentan a situaciones generadoras de ansiedad, enfrentándolas de una manera más adecuada, llegando a controlar su nivel de ansiedad hasta lograr que éste ya no le sea dañino.

Es oportuno mencionar que existe cierta confusión con respecto al manejo nominal uniforme del tratamiento, e incluso, por los componentes que se estudian al respecto. Muchos investigadores como Wolpe (1958), lo denominan como entrenamiento asertivo, el cual implica el adiestramiento en conductas interpersonales que incluyen la expresión honesta y realmente recta de los sentimientos (Rimm y Masters, 1982). Por otra parte, autores como Goldstein (1976) y Roth (1983), lo denominan como entrenamiento en habilidades sociales, el cual busca ser el vehículo para mejorar conductas interpersonales de los individuos. Al margen de las condiciones anteriores, el fin último de los entrenamientos, es adiestrar a los individuos para que adopten conductas interpersonales socialmente aceptables. Los términos de asertividad y habilidades sociales en base a los requerimientos de investigación, nos conducen a unificar criterios y manejar ambos aspectos de manera similar.

Retomando el tema central, la asertividad incrementada beneficia al paciente en primer lugar en que inspira en él un mayor sentimiento de bienestar en cuanto a su capacidad de inhibir recíprocamente la ansiedad, Woipe (1981), basado en los estudios de Pavlov, observó que cuando es provocada repetitivamente la respuesta de ansiedad llega a condicionarse fuertemente ante los estímulos del medio ambiente; para provocar la respuesta de ansiedad de gran intensidad, se puede emplear un estímulo nocivo fuerte o estimulación ambivalente, es decir, provocar excitación simultánea de tendencias de activación orgánica. Para lo anterior se construyeron situaciones experimentales en donde se provocaba ansiedad experimental (por medio de aplicación de descargas eléctricas o provación de comida a animales), denotando semejanzas entre la ansiedad experimental y humana muy persistente también en su inhibición, la persona será incapaz de trabajar por ejemplo, si una agrofobia la retiene en casa, o si una claustrofobia hace que sea insoportable su oficina, el miedo a la gente puede provocar en su vida social las respuestas de ansiedad relacionadas con los estímulos sexuales puede causar disfunciones sexuales, etc. Procediendo en base al lineamiento anterior Wolpe denotó que era posible hacer que el animal en la situación experimental sin la aplicación del estímulo nocivo y la exposición constante a dicha situación, observó una supresión final y por completo de la respuesta de ansiedad de gran intensidad que previamente había sido provocada y condicionada en ese lugar.

Este razonamiento llevó a la formulación de el principio de inhibición, recíproca; si puede hacerse que la respuesta que inhibe a

la respuesta de ansiedad ocurra en presencia de los estímulos que provocan la ansiedad, dicha respuesta debilitará el vínculo existente entre los estímulos y la respuesta de ansiedad Wolpe (1981).

En el habitat humano, el emplear por medio de entrenamiento -- respuestas inhibitorias de la respuesta de ansiedad, logrará superarse hábitos de respuesta de ansiedad en los pacientes, provocando que empleen respuestas hábiles para superar las respuestas de ansiedad que inhiben la acción efectiva hacia las personas con las que el paciente tiene que interactuar, por lo que el entrenamiento buscará fomentar la expresión de los sentimientos y las tendencias de acción que la respuesta de ansiedad inhibía anteriormente.

Los informes de estudios objetivos con pacientes sometidos al entrenamiento corroboraron lo anteriormente mencionado. Wolpe y Lázarus (1966) sometieron a un grupo de jóvenes enseñándoles estrategias verbales efectivas lo mismo que elementos esenciales no verbales (contacto visual, expresión gestual, etc.) observando que después de un tiempo en el que el sujeto llevaba a cabo exitosamente su desenvolvimiento en una posición jerárquica elevada en una empresa, a diferencia de las graves dificultades en su trabajo y estado emocional antes del entrenamiento.

Cautela (1966) describe el entrenamiento de ansiedad persistente en 3 casos el primero el de una chica con temores hacia la gente, el segundo el de una mujer a punto de doctorarse que presentaba dificultad en sus relaciones con sus padres así como a la crítica y al sexo, el tercero el de un hombre de edad madura dominado por su-

esposa e impotente sexual. En todos estos ejemplos se aplicó un en trenamiento asertivo en forma individual y en ellos se pudo obser-- var una marcada mejoría en el control de su marcada ansiedad repor-- tada por cada uno.

Otro ejemplo es el estudio realizado por Friedman (1968) el -- cual formó grupos de universitarios los cuales eran clasificados -- previamente como no asertivos. Estos jóvenes fueron sometidos bajo diferentes situaciones que iban desde una nula, breve y completa -- aplicación del entrenamiento asertivo. Entre las principales medi-- das de respuesta se contó con auto-evaluaciones y la clasificación-- de ansiedad de los sujetos. Los principales hallazgos fueron que -- los sujetos con entrenamiento completo observaron una notable mejo-- ría en sus interrelaciones y por consiguiente una reducción de su -- ansiedad.

En otro estudio realizado con grupos de sujetos en el que tam-- bién se observa la efectividad del entrenamiento es el que llevaron a cabo Mac Fall y Marston (1970) los cuales sometieron a trata-- miento a hombres y mujeres. A un grupo se les aplicó el entrena-- miento con retroalimentación, o sea que les brindaban la oportuni-- dad que evaluaran y escucharan sus propias respuestas. El segundo-- grupo recibió el entrenamiento sin retroalimentación y al tercero -- recibió un estímulo con determinantes de no asertividad es decir pi diéndoles solamente que actuaran de manera asertiva sirviendo como-- grupo control, sin entrenamiento.

Las principales medidas de respuesta fueron evaluaciones objetivas de asertividad y autoevaluaciones de ansiedad mientras respondían a situaciones registradas. Los principales hallazgos fueron que, los sujetos sometidos al entrenamiento conductual mostraron mejor asertividad y menos ansiedad que el grupo control.

En otro estudio en donde se hace evidente la efectividad del entrenamiento para reducir específicamente la ansiedad, es el realizado por Rathus (1972) en donde a tres grupos se les proporcionó un entrenamiento durante 6 meses. Los grupos estaban formados por población femenina y el adiestramiento incluía la realización de 9 ejercicios tales como habla asertiva, expresiones de desacuerdo, -- etc., pidiendo también a los sujetos que actuaran 25 tareas similares en vivo por semana. En una segunda condición, un grupo de mujeres participaron en una discusión sobre la naturaleza y la práctica en la crianza de niños, solicitándoles entre sesiones que observarían a conocidos y aplicarían lo que habían aprendido en la representación de dramas cortos. El tercer grupo fue el grupo control al cual no se le aplicó entrenamiento. El programa incluía 30 tópicos de asertividad.

Los sujetos del grupo experimental mostraron mayor adelanto e incremento en su asertividad que los sujetos control. Si bien el grupo dos mostró adelantos a diferencia del grupo control ésta no fue significativa. En una segunda medición que contenía la entrevista de cinco miembros de cada condición se le preguntó a los sujetos como respondían a situaciones específicas que requerían una res

puesta asertiva; los resultados fueron levemente significativos. En una tercera medición consistente en un inventario de reconocimiento general sobre el miedo en los sujetos. El grupo experimental mostró una significativa reducción de miedo o ansiedad que los del grupo control y ligera significancia que los del grupo dos,

Por lo que respecta al entrenamiento aplicado con el fin de disminuir la conducta agresiva de los sujetos, Sarason (1968) empleó procedimientos con delincuentes juveniles. Un grupo recibió un ensayo conductual con importantes tareas como solicitar empleo y hablar con maestros y oficiales policíacos.

El entrenamiento se extendió por 15 sesiones de cuarenta minutos cada una. El segundo grupo recibió la descripción de las conductas adecuadas pero no las representó; mientras que un tercer grupo sin tratamiento sirvió como grupo control. Los resultados fueron en términos de evaluación por parte del personal y tableros de revisión así como, medidas de actitud. El grupo de ensayo conductual mostró la más amplia mejoría seguido del grupo que recibió la descripción.

Sarason y Sarason (1981) enseñaron habilidades cognitivas y sociales a un grupo de estudiantes que presentaban altas tasas de ausentismo y delincuencia. Los sujetos que recibieron entrenamiento fueron posteriormente capaces de pensar en términos mayormente adaptativos en situaciones problemáticas, además de demostraciones conductuales. Después de un año de seguimiento, los sujetos mostraron



un decremento favorable en las conductas de ausentismo y delincuencia. Este estudio sugería además de la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales el manejo de los principios de la técnica denominada Terapia Racional Emotiva (TRE) creada por Ellis en la cual se busca enseñar o inducir a los pacientes a volver a pensar y percibir los sucesos y la filosofía de la vida para cambiar sus pensamientos, emociones y conductas ilógicas. (Ellis 1959).

Por otra parte Rimm, Keyson y Hunziker (1971) emplearon entrenamiento asertivo a un pequeño grupo de adultos varones confinados en un hospital mental principalmente por sus conductas agresivas-antisociales. El entrenamiento se llevó a cabo en seis sesiones de una hora; un segundo grupo también recibió sus horas de entrenamiento el cual consistió en sesiones de reflexión y otorgamiento de consignas de apoyo en demostraciones de expresión de ira. En términos de evaluación objetiva de laboratorio sobre la asertividad o timidez verbal al grupo de aserción mostró un aumento significativamente mayor en aserción que el grupo control. Las observaciones de un seguimiento formal del personal de guardia y los familiares brindaron su total apoyo a favor del entrenamiento asertivo como generador de una menor hostilidad y agresión.

Como se observa en estas dos últimas investigaciones se admite que el comportarse de manera más asertiva el paciente será capaz de lograr recompensas sociales significativas, obteniendo mayor satisfacción de la vida lo cual en los pacientes hipertensores tensionales se reducirá en un mejor nivel o estabilidad de sus niveles de tensión.

Otra de las técnicas empleadas en el entrenamiento en habilidades sociales es el paquete denominado Aprendizaje Estructurado - creado por Goldstein en el cual consta de 4 técnicas que son: El modelamiento, Juego de roles, Retroalimentación y Transferencia.

El modelamiento supone la provisión de ejemplos o demostraciones de fragmentos conductuales con el propósito de quienes deben aprenderlos, se familiaricen con las particularidades de su emisión verbal y no verbal, con este propósito puede utilizarse ya sea modelos vivientes o cintas de audio o video.

El juego de roles es una práctica conductual sistematizada de las habilidades observadas, tal y como operaría en condiciones de la vida real, y cotidiana; en la ejecución de juego de roles se pide al paciente o participante (actor) que junto con otro (coactor) representen las habilidades en cuestión. Esta es previamente dividida en varios componentes llamados pasos conductuales cuyo cumplimiento ordenado conduce a la emisión de la habilidad; cada habilidad posee un número diferente de pasos conductuales. El objetivo de esta técnica es el logro de la maestría en el ejercicio de la habilidad de parte del individuo sujeto a entrenamiento.

La retroalimentación permite la evaluación del participante -- por parte del grupo como un todo. A través de ella, es posible la realización de comentarios críticos y sugerencias como consecuencia de la actuación de cada uno de los participantes en el juego de roles. Esta técnica está principalmente orientada a mejorar la ejecución de la habilidad pertinente.

La transferencia intenta facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a la situación de la vida cotidiana.

Ampliaremos aún más la técnica conocida como Aprendizaje Estructurado, debido a que forma el procedimiento base del cual partiremos empíricamente en nuestro entrenamiento.

Las bases teóricas del entrenamiento menciona que los trastornos que un sujeto tiene son adquiridas a través de una interacción-dinámica con el medio ambiente por lo que los déficits deben interpretarse como el producto de un defectuoso proceso en el aprendizaje, que por consiguiente la eliminación del déficit o problemas en su conducta debe surgir a partir de la aplicación sistemática de procedimientos que mejoren el aprendizaje de repertorios.

El entrenamiento en habilidades sociales ha adoptado efectivos procedimientos para el aprendizaje social como son el modelamiento, Wodd 1981, Sarason 1981; modelamiento Kazdin (1975); juego de roles o ensayo conductual Conger y col. (1979) Rim y cols. (1976) y retroalimentación Arnkoff y cols. (1979) descritos anteriormente. Ahora si estas técnicas fueron capaces de lograr buenos resultados por sí mismos Goldstein consideró que deberían conformarse con cada una de ellas un paquete de entrenamiento el cual concentró en el Aprendizaje Estructurado.

Este es un paquete tecnológico desarrollado y estudiado por Goldstein y lo propone como una aproximación de gran efectividad pa

ra el entrenamiento en una amplia gama de habilidades. Es por todo lo anterior que retomamos el paquete ya que la perspectiva comprobada es ampliar y completar además de que éste fué llevado a cabo en México por Roth (1983) validando sus resultados con un grupo de adolescentes lo cual hace más valioso para nuestra investigación; en el presente estudio se empleará dicho paquete con el fin de entrenar a pacientes hiperreactores tensionales mejorando su estilo de vida y por consiguiente sus niveles de presión sanguínea estimulando la inhibición recíproca de la respuesta de ansiedad.

## OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los efectos del entrenamiento en habili  
dades sociales sobre la tensión arterial diastó  
lica, en pacientes hiperreactores tensionales,  
sin complicaciones.

## OBJETIVO ESPECIFICO:

Observar los cambios en el nivel de tensión ar-  
terial y en la conducta de los pacientes al fi-  
nalizar el entrenamiento.

## OBJETIVO ESPECIFICO:

Observar la correlación entre los cambios de --  
conducta (inhábil-hábil) y los cambios en el ni  
vel de tensión arterial.

## HIPOTESIS ALTERNA:

Un bajo nivel de ejecución social corresponde a  
un alto nivel de tensión arterial.

## HIPOTESIS NULA:

Un alto nivel de ejecución social corresponde a  
un bajo nivel de tensión arterial.

## M E T O D O

SUJETOS: De consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 58 del IMSS, se remitieron pacientes catalogados como hipertensos esenciales leves, limítrofes e hiper-reactores tensionales, de acuerdo a los criterios establecidos por los médicos.

Se tomó una muestra de 25 pacientes con hipertensión arterial-esencial, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 30 y 65 años. A los sujetos de dicha muestra se les entrevistó, con el propósito de identificar a aquéllos que presentaron deficiencias en interacción social; al concluir la entrevista se les explicó en qué consistiría el entrenamiento y si aceptaban participar se les pedía su teléfono para comunicarse posteriormente con ellos en caso de que fueran seleccionados (este período de entrevistas tuvo una duración -- aproximada de 60 días). Una vez identificados los sujetos como inhábiles sociales, se les llamó por teléfono, para citarlos en el -- hospital, se les proporcionó un cuestionario de información general, el cual permitió identificar los factores demográficos, socio-económicos, familiares, laborales y médicos de cada uno de los pacientes. (ver anexo 1). Una vez concluido el llenado de los cuestionarios -- se les citó para la primera sesión introductoria.

De la muestra obtenida se seleccionaron 16 sujetos de los cuales acudieron 10, por lo tanto se formaron 2 grupos, 5 sujetos for-

maron el grupo experimental y 5 sujetos el grupo control (lista de espera).

Participaron como terapeutas para el entrenamiento 3 pasantes de la carrera de Lic. en Psicología de la ENEP-Iztacala.

MATERIAL: 1 baumanómetro portátil, 1 estetoscopio, cuestionarios, inventarios, hojas de registro, pizarrón, gises, lapices.

SITUACION EXPERIMENTAL: Entrevista Inicial; se llevó a cabo en un consultorio amueblado con escritorio y sillas, ubicado en el IMSS.

La pre-evaluación, el entrenamiento y la post-evaluación, se realizaron en un salón acondicionado para 20 personas, con sillas, pizarrón y mesas, éste ubicado en el área de Enseñanza del mismo Hospital. Esto para el grupo experimental.

La pre-evaluación y post-evaluación del grupo control; se llevó a cabo en el domicilio de cada uno de los integrantes de este grupo.

PROCEDIMIENTO: PRE-EVALUACION: Una vez identificados los pacientes como inhábiles sociales se les aplicó las siguientes pruebas:

- 1) - TAS - TEST ANALOGICO DE SIMULACION. "Erick Roth, 1983". - (anexo 2).

- 2) SASS - SOCIAL ANXIETY SCHEDULE. (Prueba Programada de Ansiedad Social). "Cautela, 1981". (anexo 3).
- 3) SPSS - SOCIAL PERFORMANCE SURVEY SCHEDULE. (Prueba Programada de Ejecución Social). "Cautela, 1981". (anexo 4).

SESION I: Sesión Introductoria. La primera sesión consistió en establecer el "rapport" entre los miembros del grupo, y de éstos con los terapeutas, lo cual se logró mediante la presentación sucesiva de los miembros del grupo; en donde cada uno mencionó su nombre, ocupación, aficiones, etc. Asimismo, se abordó el aspecto motivacional, proporcionando información acerca de la importancia de las relaciones interpersonales en la etiología de trastornos de origen multicausal (asma, artritis, alergias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades gastro-intestinales, etc.). Haciendo énfasis en las repercusiones fisiológicas que traen consigo las relaciones interpersonales ejecutadas deficientemente. Además se proporcionó toda la información relacionada a la hipertensión arterial esencial, tanto en el aspecto fisiológico como el psicológico.

Para concluir esta sesión se comentó brevemente en qué consistiría el entrenamiento en el cual participarían. Durante todo el entrenamiento las sesiones fueron grupales. Se registró la tensión arterial de todos los pacientes al inicio y término de cada sesión de entrenamiento.

SESION II: Entrenamiento.- Al inicio de esta sesión se dió --



una breve explicación en torno a que consiste ésta, con el propósito de que todos los participantes aclararan dudas respecto a la forma en que se deba llevar a cabo la sesión.

De inmediato se mencionó la habilidad a entrenar, escribiéndola en el pizarrón, enseguida se pidió a los participantes que propusieran, lo que ellos consideraran importante para realizar en forma correcta dicha habilidad, simultáneamente el terapeuta anotaba los componentes que a su juicio implicaban la habilidad, resaltando los elementos importantes. Posteriormente se procedió a iniciar el entrenamiento siguiendo los pasos del Aprendizaje Estructurado, como sigue:

1) MODELAMIENTO: El modelamiento lo realizaron dos terapeutas, los cuales fungieron uno como actor principal y otro como co-actor, mientras tanto, un tercer terapeuta narraba la situación que se estaba modelando, señalando las conductas adecuadas para llevar a cabo la habilidad modelada. Al concluir este paso se preguntó a los pacientes si tenían dudas acerca de la habilidad modelada; algunos respondieron que sí, por lo que se modeló nuevamente.

2) JUEGO DE ROLES: Al terminar el modelamiento, se pidió la participación de dos pacientes, para proceder con el juego de roles, en éste uno de los pacientes fue el actor principal y el otro el co actor. Durante este paso, dos de los terapeutas registraron la ejecución (hoja de registro anexo 5), de los actores y el otro terapeuta, estuvo retroalimentando la ejecución del actor principal, junto con los demás participantes del grupo.

El juego de roles se continuó hasta que todos los pacientes tuvieron la oportunidad de participar en cada rol y hasta que todos realizaron el papel de actor principal.

3) RETROALIMENTACION: (FEEDBACK) A cada periodo de juego de roles le siguió un periodo de retroalimentación, lo cual ayudó al actor principal a juzgar que tan bien cumplió con los pasos conductuales además de incentivar su desempeño de la habilidad en la vida real. Para implementar este proceso, se pidió al actor principal que escuchara los comentarios que cada uno de los participantes le hiciera, así como los comentarios de los terapeutas.

Se proporcionó reforzamiento social siempre y cuando la ejecución del actor principal fuera la más próxima a la ideal. Se proporcionó reforzamiento al co-actor por mostrarse cooperativo. Se varió el contenido específico del reforzamiento ofrecido. Se realizó suficiente actividad de juego de roles para cada participante, a fin de tener suficiente oportunidad para reforzar. No se reforzó cuando la ejecución se apartó significativamente de los pasos conductuales.

4) TRANSFERENCIA: Para cumplir con la transferencia se pidió a los pacientes que practicasen la habilidad que se había entrenado, pero ahora en una situación real, anotando en qué situación, con qué persona la llevó a cabo, cómo se sintió, si su ejecución fue la correcta o no, etc. Este autorreporte se revisaría en la siguiente sesión, comentándolo con los participantes. (Hoja de tarea, ver anexo 6).

Cada uno de los pasos que se siguieron, se realizaron con cada una de las habilidades entrenadas. (ver anexos 7-7f).

Las habilidades se entrenaron de acuerdo con el grado de complejidad, esto es, se empezó con la habilidad cuyos componentes eran elementales para continuar con otra habilidad.

La duración de las sesiones de entrenamiento fueron de 1:30hrs. en promedio, una vez a la semana.

El criterio que inicialmente se tomaría para continuar de una habilidad a otra era que los pacientes obtuvieran el 80% de la ejecución en la habilidad a entrenar, sin embargo, este criterio no pudo alcanzarse en la mayoría de los pacientes, ya que el tiempo con el cual se contaba, estaba limitado, ya que algunos pacientes sólo contaban con un permiso por determinado número de días para presentarse tarde a su trabajo, por lo que fue imposible extender el entrenamiento hasta que todos alcanzaran el criterio establecido.

POST-EVALUACION: Una vez concluido el entrenamiento se continuó con la post-evaluación, la cual consistió en aplicar las mismas pruebas que se realizaron en la pre-evaluación, que fueron:

- 1) TAS,
- 2) SASS,
- 3) SPSS.

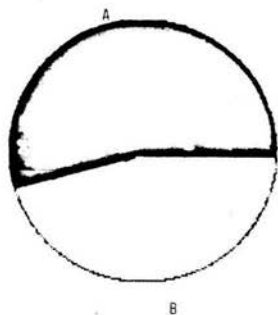
DISEÑO EXPERIMENTAL:

DISEÑO DE GRUPO CONTROL PRETEST-POSTEST.

## RESULTADOS

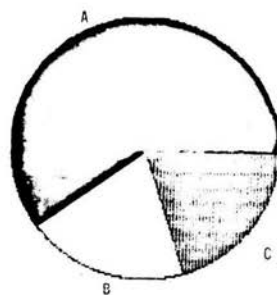
Los datos que a continuación se analizarán se presentarán de la siguiente manera: Primero datos demográficos; segundo resultados de inventarios de la Pre y Post-evaluación de ambos grupos; tercero resultados del TAS; cuarto resultados obtenidos durante el entrenamiento del grupo experimental y quinto registro de las tensiones arteriales de ambos grupos durante la Pre y Post evaluación.

Los datos que se obtuvieron a través del cuestionario de Información General, revelan que el 60% de los pacientes son de provincia y que el 40% son del Distrito Federal (gráfica 1), con un grado de escolaridad mínimo de primaria 60%; 20% de secundaria y 20% de estudios Técnicos (gráfica 2).



Gráfica 1.- Lugar de procedencia.

A: provincia (54.4%)  
B: D.F. (45.45%)



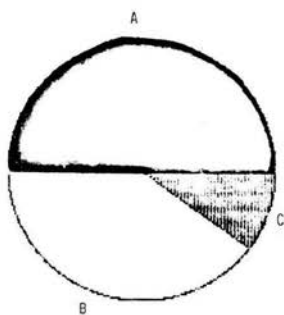
Gráfica 2.- Escolaridad.

A: primaria (60%)  
B: secundaria(20%)  
C: est. tec. (20%)

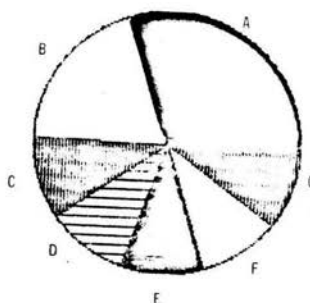
Por lo que respecta a su ocupación se observó que el 50% eran amas de casa y cuyo pasatiempo principal es ver T.V.; 40% empleados y 10% jubilados, que en su tiempo libre realizan diversas actividades como, realizar artesanías, caminatas, leer, etc. (gráfica 3). - En cuanto al factor riesgo de los empleados se clasificó en dos aspectos generales, riesgo físico y alta responsabilidad (manejo de personal).

Se considera que la población analizada es de clase media ya que poseen vivienda propia y habitan en zona urbana con todos los servicios.

El 30% de los pacientes padece desde hace 10 años hipertensión y el 70% tiene el padecimiento de 2 a 8 años (gráfica 4).



Gráfica 3.- Ocupación.  
A: el hogar (50%)  
B: empleados (40%)  
C: jubilados (10%)



Gráfica 4.- Tiempo de padecer de hipertensión arterial.  
A: 10 años (30%)  
B: 2 años (20%)  
C: 7 años (10%)  
D: 6 años (10%)  
E: 3 años (10%)  
F: 8 años (10%)  
G: 12 años (10%)

Los pacientes indicaron que su tensión aumentaba ante situaciones de angustia, tristeza, presión y disgusto.

En la fase de pre-evaluación los resultados obtenidos en el S.A.S.S. el cual evalúa el nivel de ansiedad ante diferentes situaciones tiene una puntuación máxima de 102. El puntaje promedio del grupo experimental en la Pre-evaluación fué de 60.2 donde el sujeto 1 fué el que obtuvo el puntaje más bajo (50) y el sujeto 4 el más alto (71) (tabla 1). En el grupo control el puntaje promedio fué de 55, obteniendo el puntaje más bajo el sujeto 6 con 48 y el puntaje más alto el sujeto 8 con 63 puntos (tabla 2).

En la post-evaluación el puntaje promedio del grupo experimental fué de 73.8, siendo el puntaje más bajo para el sujeto 53 con 79 (tabla 1), para el grupo control el promedio en la post-evaluación fué de 55.6 siendo el puntaje más bajo de 47 para el sujeto 6 y el más alto de 62 para el sujeto 19 (tabla 2). En esta prueba -- mientras más bajo sea el puntaje obtenido es más alto el nivel de ansiedad así es que al comparar los datos en la pre y post evaluación en el grupo experimental hay un incremento promedio de 13.6 y al contrario del grupo control que hay un decremento del 1.4 en promedio.

PUNTAJES OBTENIDOS EN EL S.A.S.S.		
GRUPO EXPERIMENTAL		
S	PRE-EV.	POST-EV.
1	50	75
2	66	78
3	56	61
4	71	79
5	58	76

TABLA Nº 1

PUNTAJES OBTENIDOS EN EL S.A.S.S.		
GRUPO CONTROL		
S	PRE-EV.	POST-EV.
6	48	47
7	50	49
8	63	59
9	54	51
10	60	62

TABLA Nº 2

Por lo que respecta al S.P.S.S. que evalúa el nivel de ejecución social y cuyo puntaje máximo esperado era de 272 se observó en el grupo experimental el puntaje promedio de 141, el puntaje más bajo fué para el sujeto 1 con 110 y el más alto para el sujeto 3 de 195, (tabla 3); para el grupo control el puntaje promedio fué de 129.4 con un puntaje más bajo de 120 para el sujeto 9 y el más alto para el sujeto 7 de 140.

En la Post-evaluación se obtuvo un puntaje promedio para el grupo experimental de 188.2 con un puntaje mínimo de 102 para el sujeto 1 y el puntaje alto de 222 para los sujetos 3 y 5 (tabla 3). En el grupo control el promedio fué de 157.2 con un puntaje mínimo de 120 en el sujeto 9 y un máximo de 216 en el sujeto 7 (tabla 4). Tanto en la pre-evaluación y la post-evaluación de ambos grupos los puntajes mínimos y máximos fueron para los mismos sujetos (ver ta-

bla 3 y 4). En esta prueba mientras más alto es el puntaje es mayor el nivel de ejecución; comparando los puntajes promedio de la pre y post-evaluación del grupo experimental se observa un incremento de 47.21 y al comparar la pre y la post-evaluación del grupo control también hay un ligero incremento de 27.6 (tablas 3 y 4).

PUNTAJES OBTENIDOS EN EL S.P.S.S.  
GRUPO EXPERIMENTAL

S	PRE-EV.	POST-EV.
1	110	102
2	128	195
3	195	222
4	136	200
5	136	222

TABLA Nº 3

PUNTAJES OBTENIDOS EN EL S.P.S.S.  
GRUPO CONTROL

S	PRE-EV.	POST-EV.
6	130	195
7	140	216
8	129	126
9	120	120
10	128	129

TABLA Nº 4

En cuanto a la aplicación del T.A.S. el cual evalúa la ejecución social (a nivel cognitivo motor y verbal) en la pre-evaluación del grupo experimental, en la habilidad A se obtuvo un promedio de 42.5% de ejecución siendo el porcentaje más bajo para el sujeto 2 con 12.5% y el más alto de 62.5% para los sujetos 4 y 5. En el grupo control se obtuvo un promedio de 47.5% siendo el puntaje más bajo de 25% para el sujeto 10 y el más alto para los sujetos 6 y 8 con 62.5%.



En la habilidad B; en el grupo experimental hubo un promedio de 48.5% siendo el puntaje más bajo de 14.2 para el sujeto 1 y el más alto de 71.4% para los sujetos 4 y 5. En el grupo control el promedio fué de 57.1% con el puntaje más bajo de 42.8% en el sujeto 6 y el puntaje más alto para el sujeto 10 de 71.4.

En la habilidad C en el grupo experimental hubo un promedio de 40% con el puntaje más bajo de 25% para los sujetos 1 y 2, y el más alto de 62.5% para el sujeto 5. En el grupo control, hubo un promedio de 47.5% con el puntaje más bajo de 37.5% sujeto 7 y el más alto de 50% en los sujetos 6, 8, 9 y 10.

En la habilidad D para el grupo experimental el promedio fué de 57.1%, el puntaje más bajo fué de 28.5% en el sujeto 2 y el más alto de 71.4% en los sujetos 3, 4 y 5. En el grupo control el promedio fué de 48.5% con un promedio bajo de 42.8% de los sujetos 7, 9, 10 y un promedio alto de 57.1% de los sujetos 8 y 6.

En la habilidad E para el grupo experimental el promedio fué de 39.96% con el porcentaje más bajo en 0% en el sujeto 3 y el más alto de 71.4% del sujeto 5. En el grupo control el promedio fué de 31.38% con un porcentaje bajo de 0% del sujeto 10 y alto de 57.1% para el sujeto 9.

En la habilidad F, el promedio fué de 39.96% en el grupo experimental con un puntaje bajo de 0% en el sujeto 2 y el más alto de 57.1% en los sujetos 4 y 5. En el grupo control el porcentaje promedio fué de 22.8% con el porcentaje más bajo de 0% en el sujeto 9 y

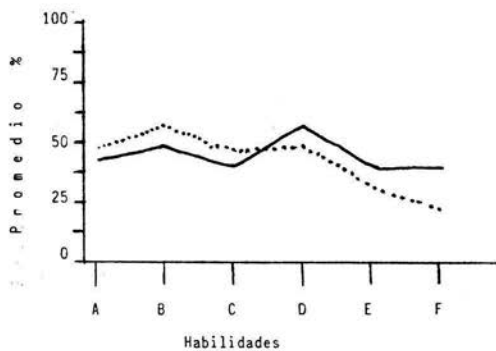
el más alto de 48.8% en los sujetos 7 y 8. (Ver tablas 5 y 6 y gráfica 5 ).

EJECUCION GRUPO EXP. TAS PRE - EVALUACION							
S	A	B	C	D	E	F	X
1	25.0	14.2	25.0	42.8	42.8	42.8	32.1
2	12.5	28.5	25.0	28.5	28.5	0	20.5
3	50.0	57.1	50.0	71.4	0	42.8	45.2
4	62.5	71.4	31.5	71.4	57.1	57.1	58.5
5	62.5	71.4	62.5	71.4	71.4	57.1	66.0

TABLA Nº 5

EJECUCION GRUPO CONTROL TAS PRE - EVALUACION							
S	A	B	C	D	E	F	X
6	62.5	42.8	50.0	57.1	28.5	14.2	42.5
7	50.0	57.1	37.5	42.8	28.5	42.8	43.1
8	62.5	57.1	50.0	57.1	42.8	42.8	52.0
9	37.5	57.1	50.0	42.8	57.1	0	40.7
10	25.0	71.4	50.0	42.8	0	14.2	33.9

TABLA Nº 5



Gráfica 5.- Ejecución TAS grupo exp. y control. Pre-evaluación.  
 Gpo. experimental ———  
 Gpo. control .....

En la fase Experimental los resultados obtenidos durante el - entrenamiento fueron los siguientes: En la habilidad A; se obtuvo un porcentaje promedio de 68.5% con un puntaje mínimo para el sujeto 2 de 37.5% y el puntaje máximo de 85.4% para los sujetos 4 y 5.

En la habilidad B se obtuvo un promedio de 65% con un puntaje mínimo de 42.6 para los sujetos 1 y 2 y un máximo de 85.4% para los sujetos 4 y 5.

En la habilidad C se obtuvo un promedio de 65% con un promedio mínimo de 50% para el sujeto 2 y un máximo de 75% para los sujetos 3 y 5.

En la habilidad D se obtuvo un promedio de 71.2% con un promedio mínimo de 42.8% para el sujeto 2 y un máximo de 85.4% para los sujetos 4 y 5.

En la habilidad E se obtuvo 57.1% con un porcentaje mínimo de 42.8 en los sujetos 2 y 3 y un máximo de 71.4%, sujetos 4 y 5.

Por último en la habilidad F se obtuvo un promedio de 57.4% - con un puntaje mínimo de 28.5% del sujeto 2 y el máximo de 85.4% para el sujeto 4. Ver tabla 7).

EJECUCION GRUPO EXPERIMENTAL ENTRENAMIENTO							
S	A	B	C	D	E	F	X
1	62.5	42.8	62.5	71.4	57.1	42.8	56.5
2	37.5	42.8	50.0	42.8	42.8	28.5	40.7
3	87.5	71.4	75.0	71.4	42.8	57.1	67.5
4	87.5	85.4	62.5	85.4	71.4	85.4	79.6
5	87.5	85.4	75.0	85.4	71.4	71.4	79.3

TABLA Nº 7

En la post-evaluación se obtuvieron los siguientes resultados al aplicar el T.A.S. a ambos grupos: En la habilidad A para el grupo experimental se obtuvo un porcentaje de 77.5% con un porcentaje mínimo de 50% y un máximo de 87.5% para los sujetos 2, 3, 4 y 5 respectivamente. Para el grupo control el porcentaje promedio fué de 45% con un mínimo de 12.5% para el sujeto 10 y un máximo de 62.5% para los sujetos 6 y 8.

En la habilidad B el grupo experimental obtuvo un porcentaje promedio de 78.1% con un puntaje mínimo de 57.1% para el sujeto 2 y el máximo de 85.4% sujetos 3, 4 y 5. En el grupo control el promedio fue de 51.3% con un mínimo de 42.8% para los sujetos 6, 7 y 8 y 71.4% como máximo para el sujeto 10.

En la habilidad C para el grupo experimental el porcentaje fué de 75% con un mínimo de 62.5% para los sujetos 1 y 2 y un máximo de 87.5% para los sujetos 3 y 5. En el grupo control el promedio fué de 47.5% con un mínimo de 37.5% en los sujetos 7 y 10 y un máximo de 62.5% para el sujeto 9.

En la habilidad D el promedio fué de 77% con un mínimo de 71.4% en los sujetos 1, 2 y 3 y un máximo de 85.4% para los sujetos 4 y 5. Los datos en el grupo control fueron 45.6% de porcentaje promedio con un mínimo de 42.8% en los sujetos 6, 7, 9 y 10 y de 57.1% de máximo para el sujeto 8.

En la habilidad E en el grupo experimental el porcentaje fué de 68.4% con un mínimo de 57.1% en el sujeto 1 y 3 y un máximo de 85.4% en el sujeto 5. En el grupo control se obtuvo un porcentaje

promedio de 28.5% con un mínimo de 14.2% en los sujetos 9 y 10 y un máximo de 42.8% sujetos 8 y 9.

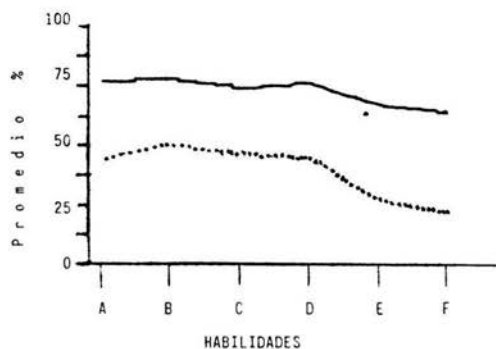
En la habilidad F el grupo experimental el porcentaje promedio fué de 65.5% con un mínimo de 42.8% en el sujeto 2 y con un máximo de 85.4% en el sujeto 4. En el grupo control el promedio fué de 22.8% con un porcentaje mínimo de 0% en el sujeto 9 y un máximo de 42.8% sujeto 7, (ver tablas 8 y 9) (gráfica 6).

EJECUCION GRUPO EXP. TAS POST- EVALUACION								
S	A	B	C	D	E	F	X	
1	75.0	77.4	62.5	71.4	57.1	57.1	66.7	
2	50.0	57.1	62.5	71.4	71.4	42.8	59.2	
3	87.5	85.4	87.5	71.4	57.1	71.4	76.7	
4	87.5	85.4	75.0	85.4	71.4	85.4	81.6	
5	87.5	85.4	87.5	85.4	85.4	71.4	83.7	

TABLA Nº 8

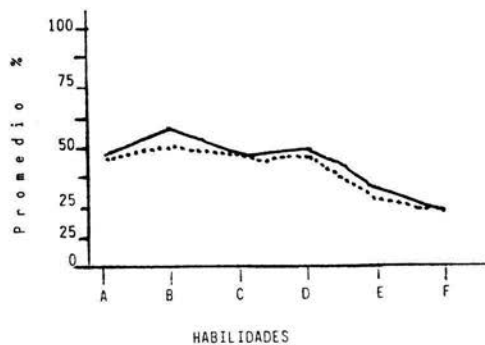
EJECUCION GRUPO CONTROL TAS POST- EVALUACION								
S	A	B	C	D	E	F	X	
6	62.5	42.8	50.0	42.8	28.5	28.5	42.8	
7	50.0	42.8	37.5	42.8	14.2	42.8	38.3	
8	62.5	42.8	50.0	57.1	42.8	28.5	47.2	
9	37.5	57.1	62.5	42.8	42.8	0	40.4	
10	12.5	71.4	37.5	42.8	14.2	14.2	32.1	

TABLA Nº 9

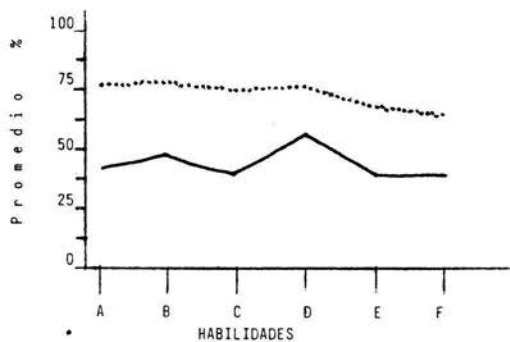


Gráfica 6.- Ejecución T.A.S. grupo exp. y control. Post-evaluación.  
Gpo. experimental —————  
Gpo. control .....

Al comparar la ejecución en el T.A.S. tanto en la pre como en la post-evaluación en el grupo experimental, se puede observar un incremento de 29.3% en el nivel de ejecución a partir de la pre-evaluación; mientras que en el grupo control se observó un pequeño decremento del 2.2% a partir de la pre-evaluación (ver gráfica 7 y 8).



Gráfica 8.- Ejecución TAS grupo con trol.  
Pre-evaluación —  
Post-evaluación .....



Gráfica 7.- Ejecución TAS grupo experimental.  
Pre-evaluación —  
Post-evaluación .....

Para contrastar los datos obtenidos en la Pre y Post-evaluación tanto en el S.A.S.S. como S.P.S.S. se utilizó la prueba estadística "T" para ambas condiciones.

Se observó que en el grupo experimental hubo diferencias significativas entre la pre y post-evaluación en el S.A.S.S. ( $P < 0.05$ ). En el grupo control no se encontraron diferencias significativas ( $P > .025$ ).

En el S.P.S.S. para el grupo experimental se encontraron diferencias significativas entre la pre y la post-evaluación ( $P < .05$ ). Para el grupo control no se encontraron diferencias significativas ( $P > .05$ ).

Al contrastar la preevaluación del S.A.S.S. de ambos grupos se observó que no existían diferencias significativas por lo que se puede deducir que los grupos eran homogéneos ( $P > .85$ ). Se compararon las post-evaluaciones observándose que hay diferencias significativas entre ambos grupos.

También se compararon las post-evaluaciones del grupo experimental y el control en el S.P.S.S. no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos ( $P > .05$ ). Para concluir el análisis de los inventarios se contrastaron las post-evaluaciones de ambos grupos sin encontrar diferencias significativas ( $P > /05$ ).

Se registró la Tensión Arterial de todos los pacientes en la pre y la post-evaluación y en el grupo experimental se midió tam-

bién durante el entrenamiento.

En la pre-evaluación en el grupo experimental se obtuvo un promedio de 95 mmHg en la presión diastólica con un mínimo de 85 mmHg del sujeto 4 y una máxima de 110 mmHg en el sujeto 2. En el grupo control se obtuvo un promedio de 94 mmHg con una mínima de 80 mmHg - sujeto 8 y un máximo de 110 mmHg para el sujeto 9 (Tabla 10).

REGISTRO TENSION ARTERIAL DIASTOLICA PRE - EVALUACION			
GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL			
S	T/A	S	T/A
1	90	6	90
2	110	7	90
3	100	8	80
4	85	9	110
5	90	10	100

TARLA Nº 10

Durante el entrenamiento el promedio del grupo experimental en la habilidad A fué de 95mmHg con un mínimo de 90mmHg en el sujeto 3, 4 y 5 y una máxima de 110 mmHg para el sujeto 2.

En la habilidad B el promedio fué de 94 mmHg con un mínimo de 85 mmHg del sujeto 5 y un máximo de 110 mmHg en el sujeto 2. En la habilidad C el promedio fué de 89 mmHg un mínimo de 70 mmHg para el sujeto 1 y un máximo de 110 mmHg para el sujeto 2.

En la habilidad D el promedio fué de 94 mmHg con un mínimo de 90 mmHg para el sujeto 1, 3, 4 y 5 y un máximo de 110 mmHg. En la habilidad E el promedio fue de 92 mmHg con un mínimo de 85 mmHg para los sujetos 1, 3, 4 y 5 y en máximo de 110 mmHg.

Por último en la habilidad F el promedio fué de 89 mmHg con --



un mínimo de 80 mmHg y un máximo de 100 mmHg para los sujetos 1 y 2- respectivamente (tabla 11).

REGISTRO TENSION ARTERIAL DIASTOLICA ENTRENAMIENTO GPO. EXPERIMENTAL						
S	A	B	C	D	E	F
1	95	95	70	90	90	80
2	110	110	110	110	110	100
3	90	90	90	90	90	90
4	90	90	85	90	85	85
5	90	85	90	90	85	90

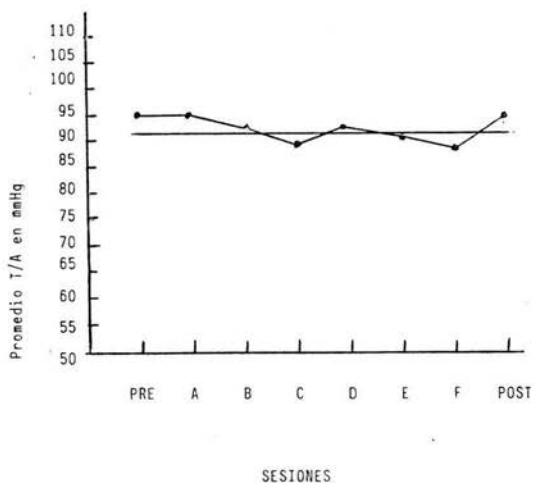
TABLA Nº 11

Durante la fase de post-evaluación los datos que se obtuvieron fueron los siguientes: en el grupo experimental el promedio fué de 95 mmHg con un mínimo de 85 mmHg y un máximo de 110 mmHg para los sujetos 4 y 2 respectivamente. En el grupo control el promedio fué de 92 mmHg con un mínimo de 80 mmHg y un máximo de 100 mmHg para los sujetos 7, 9 y 10 respectivamente. (Tabla 12).

REGISTRO TENSION ARTERIAL DIASTOLICA POST - EVALUACION GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL			
S	T/A	S	T/A
1	100	6	90
2	110	7	80
3	90	8	90
4	85	9	100
5	90	10	100

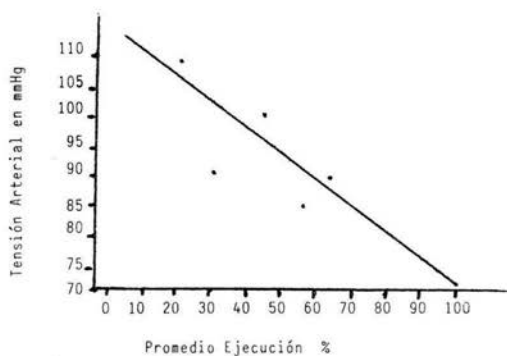
TABLA Nº 12

Se calculó la estabilidad de la presión sanguínea a través del análisis simplificado de series de tiempo de Warren W Trayon; concluyéndose que existía estabilidad en el grupo experimental - - (Z = -0.19) (gráfica 9).

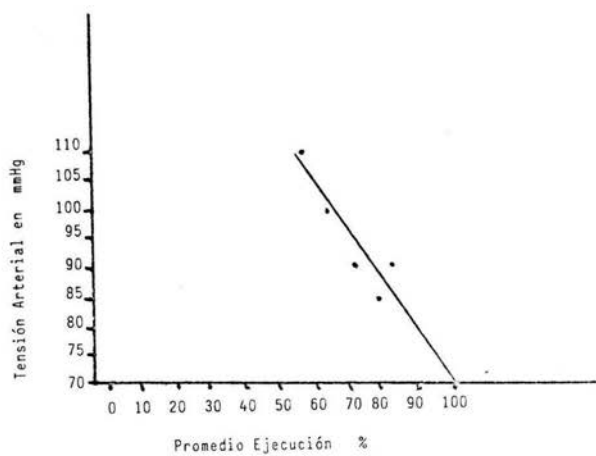


Gráfica 9.- Estabilidad de la tensión arterial (presión sanguínea) del grupo experimental durante toda la investigación.

Se realizó por otra parte la prueba  $\rho$  de Spearman para observar si existía correlación entre la ejecución y el nivel de tensión arterial y se encontró que  $\rho = -.62$  lo cual indica que hay una correlación negativa moderada, que significa que mientras menor sea la ejecución mayor será su tensión arterial (gráficas 10 y 11).



Gráfica 10.- Correlación ejecución TAS tensión arterial. Grupo exp. pre-evaluación.



Gráfica 11.- Correlación ejecución TAS  
tensión arterial. Grupo exp. post-evaluacion.

## DISCUSION DE RESULTADOS

Con los resultados reportados en este estudio se puede suponer que este tipo de tratamiento puede ser efectivo para personas hipertensas leves o hiperreactores tensionales, que inicien con este tipo de padecimiento, además de que se encuentren en la etapa productiva de la vida, y puedan evitarse las múltiples complicaciones que conducen a una invalidez en esta etapa (Chávez, 1985). Además de que es más factible que se logre un cambio en su estilo de vida, o sea, en la manera de enfrentar las situaciones que son generadoras de stress, ya que las personas que padecen de hipertensión tienen ciertos rasgos conductuales que los caracterizan (Rosenman y Friedman, 1974; Moschowitz, 1919; Palmer, 1950; Sokolow, 1957) comprobándose éstos a través del estudio por medio de la aplicación de inventarios y entrevista a los pacientes captados, ya que con sus respuestas lo corroboraron al describirse como ansiosos, impacientes, sensibles a la crítica y perfeccionistas, entre otras características, por lo cual su nivel de ansiedad era alto, y por lo tanto, eran los candidatos idóneos para recibir el entrenamiento propuesto. Las habilidades que se entrenaron fueron algunas de las que propone Goldstein (1976) y que incluyen habilidades para enfrentar el stress (responder a la crítica) habilidades de inicio (escuchar), habilidades alternativas a la agresión (negociar), habilidades para encarar los sentimientos (enfrentar el enojo justificado e injustificado), las cuales a nuestro juicio pueden ser las más cercanas para contrarrestar las conductas presentadas por los pacientes hiper-

tensos y así reducir su nivel de ansiedad y por lo tanto su nivel de tensión arterial.

Las habilidades que se entrenaron en este estudio no son las únicas, puesto que existen otras, las cuales deben ser consideradas en estudios posteriores, para así lograr conformar un paquete de en entrenamiento más amplio en el manejo de las situaciones generadoras de estrés.

De acuerdo a los datos observados, se pudo constatar que a través del entrenamiento en estas habilidades, si se logró, en algunos casos, reducir el nivel de ansiedad reportado por los sujetos en el grupo experimental, esto apoya lo mencionado por Wolpe (1981) en su teoría de inhibición recíproca, en la cual afirma que al someter a sujetos a una situación de ansiedad aplicando estímulos que inhiben dicha respuesta de ansiedad, se debilita el vínculo existente entre los estímulos y la respuesta de ansiedad, esto es, el paciente lograr<sup>á</sup> superar hábitos de respuesta de ansiedad, provocando que empleen respuestas hábiles para superar las respuestas de ansiedad.

Los datos que se reportan en este estudio, sólo pueden ser -- aplicables a la muestra de población empleada, aunque es posible -- que haya casos que arrojen resultados similares, de ahí que se propongan realizar más investigación tomando en cuenta el número de -- personas que conformen una población hipertensiva más significativa.

En cuanto a los requisitos que se piden para la aplicación del aprendizaje estructurado nuestro grupo si los cumplía, ya que eran-

personas que compartían características similares, como son: pacientes con hipertensión leve inhábiles sociales, edad promedio de 47 años y todos ingerían medicamentos (aunque no el mismo). Además la duración de las sesiones era de 1 hr. 30 min., con un espaciamiento de 1 vez por semana. En cuanto al seguimiento de los pasos establecidos para el aprendizaje estructurado, se llevaron a cabo correctamente los tres primeros, ya que se realizaron el modelamiento, el juego de roles (con la participación de todos los integrantes del grupo en todos los papeles establecidos), retroalimentación (tanto de los pacientes como de los terapeutas durante todo el entrenamiento), en cuanto a la transferencia se presentaron algunos problemas: 1° al finalizar los 3 pasos precedentes, se les entregaba una hoja de tarea en la cual tenían que reportar su ejecución de la habilidad entrenada en cada sesión en un ambiente natural, con lo cual no se cumplió del todo, ya que no llenaban el formato adecuadamente y no siempre lo llevaban a la sesión cuando era requerido y sólo reportaban verbalmente, en algunos casos su ejecución; esto puede deberse a que la gente no está acostumbrada a reportar su propia conducta en forma escrita, ya que siempre lo hacen en forma verbal y sin tantos detalles, siendo que el formato era sencillo, además de que les explicó la forma en que debía llenarse. 2° Por nuestra parte no los obligábamos a cumplir con la tarea ya que pensamos que si lo hacíamos, los pacientes no asistirían a la siguiente sesión, ya que su asistencia era voluntaria y no existía un compromiso formal, por un lado, y por otro, como el tiempo estaba limitado no convenía que faltaran, ya que al no acudir una persona, no se podía conti-

nuar con la sesión. Esto hace que nuestros resultados se reduzcan a nivel experimental, ya que no se tienen datos de los pacientes -- fuera del ambiente experimental.

Dentro de los sujetos que tuvieron una mejor ejecución en la post-evaluación, en el grupo experimental está el sujeto 4, siendo su T/A. (85 mmHg) una de las más bajas, donde se confirma la hipótesis, planteada al inicio, y que menciona que los sujetos con mayor ejecución (habilidad social) tienden a presentar una T/A más baja. - Esto puede deberse a la edad del sujeto, ya que era uno de los más jóvenes del grupo, por lo que es más factible influir en él para lograr un cambio en su conducta y por ende, a un mejoramiento en su estilo de vida.

En contraste, la ejecución del sujeto 2 fue la más baja, siendo su T/A de las más altas del grupo, lo cual nuevamente confirma la hipótesis. Esto puede deberse a que el sujeto tenía el padecimiento desde hace varios años, y es una persona de edad mayor (en relación con el sujeto 4) por lo que es más difícil modificar sus patrones de conducta y por lo mismo su estilo de vida.

Otro de los resultados que confirma la hipótesis es lo sucedido con el sujeto 8, del grupo control y es que durante la pre-evaluación su ejecución fue la más alta y su T/A la más baja (80 mmHg), pero ya en la post-evaluación su ejecución bajó y su T/A aumentó ligeramente (90 mmHg), probablemente esto se deba a que cuando se le aplicó la post-evaluación, había tenido un contratiempo en su casa,

por lo que se mostró tenso y no muy motivado. Algo similar ocurrió con el sujeto 3 del grupo experimental, ya que en la sesión 3 de en tre na mi en ti en to se mostró muy tenso y sin disposición para colaborar, - por que antes de llegar a la sesión tuvo un disgusto "muy fuerte" - como él mismo indicó; por lo que a la siguiente sesión se tuvo que repetir su entrenamiento. Esto tal vez se deba a que fue una de -- las primeras sesiones del entrenamiento, por lo que aún no aprendía las habilidades adecuadas, que le pudieran ayudar a superar esa situación de disgusto.

La confirmación de nuestra hipótesis está basada únicamente en los datos arrojados por nuestro grupo de sujetos, pero en ningún mo men to, podríamos generalizar a otro grupo de personas; ya que como anteriormente se menciona, nuestro grupo no es una muestra repre sen tati va.

Se observó que durante el desarrollo del estudio al tomarles - la T/A a los pacientes (tanto experimental como control) siempre au men ta ba en la segunda toma o sea al terminar la sesión. Esto tal - vez fue provocado por: a) que siempre que se les toma la tensión ar ter ial a cualquier persona (especialmente a sujetos que padecen - - afecciones cardiacas), les provoca ansiedad tal medición, no importando en gran medida quien lo haga; ya sea un médico, enfermera o - cualquier otra persona (Chávez Rivera, 1984; González C. y Alcocer, 1982); b) el evaluar la participación de las personas dentro de un grupo, es una situación que produce angustia y tensión.



Con el entrenamiento que se propone, no se pretende eliminar el tratamiento medicamentoso, sino que se presenta como un complemento a éste, esperando que con la práctica prolongada en una situación natural se llegue a decrementar la ingestión de medicamentos para el control de la hipertensión arterial esencial. En base a esto el presente estudio se considera como una alternativa para el tratamiento del paciente hipertenso, este tratamiento pretende modificar los patrones conductuales que presentan este tipo de pacientes, aspecto que no ha sido estudiado ampliamente, lo cual se confirmó a través de la revisión literaria, en donde las técnicas utilizadas más frecuentemente son, técnicas de relajación (Jacobson, 1939; Brady y col., 1974; Stoney Deleo, 1976; Patel, 1973 y Deabler y col., 1979); Blackwell y col., 1976) de biofeedback (Green y col., 1980), entre otras, mostrándose una carente aplicación de técnicas que ayuden a adquirir o a reafirmar sus relaciones interpersonales, a través de la implementación de habilidades sociales, por lo que es importante incluir técnicas que abarquen estas condiciones, sugiriendo que se emplee en combinación con otras técnicas psicológicas que a nuestro juicio y a través de esta experiencia, se complementan con relajación muscular progresiva de Jacobson (1939) y la Terapia Racional Emotiva TER de Ellis, (1959).

Este tipo de estudios, serían más efectivos si se realizarán con la colaboración de las personas que tienen un contacto más estrecho con los pacientes, como son los médicos, trabajadores sociales, enfermeras, o sea el personal que labora en el sector salud.

Los datos que se obtuvieron en el presente estudio fueron recolectados de 10 pacientes remitidos de consulta externa al IMSS, como ya se mencionó en el método. Esta selección de pacientes tuvo una duración de 3 meses. Al entrevistarlos se les explicaba el objetivo del trabajo, los beneficios que obtendrían al participar en el entrenamiento y de cuanto tiempo duraría éste.

En un principio se requería la participación de 50 pacientes, sin embargo esto no pudo concretarse puesto que la ayuda que nos prestaron los médicos fue escasa, ya que se les informó por escrito las características específicas de los pacientes, y aunque nos mandaban a los pacientes requeridos, también enviaban pacientes hipertensos con otro tipo de complicaciones, o sea ancianos, diabéticos, obesos, infartados, etc.

Otro de los aspectos que consideramos obstaculizó nuestra labor es que la mayoría de los médicos no están informados acerca del trabajo que puede desarrollar un psicólogo a nivel clínico, además que su disposición para el trabajo interdisciplinario no es favorable; si lo fuera ayudaría a que el sistema médico tradicional fuera más eficaz.

Con respecto a la disposición de la gente, ésta no era buena, porque cuando pasaban a entrevistarse con nosotros ya estaban impacientes, ya que desde las 7.00 A.M. que habían llegado no podía concluir su visita médica hasta las 12.00 P.M. y en la mayoría de los casos su comportamiento era de una persona cansada, aburrida, enojada

da y todavía tenían que disponer de más tiempo para que nosotros -- los entrevistáramos; después de que se les explicaba el objetivo de nuestro trabajo aceptaban a participar, pero consideramos que la ma yoría sólo lo hacían por compromiso, (25 personas aceptaron y dieron sus datos) esto lo pudimos confirmar por que cuando se les llamaba por teléfono para que acudieran a la primera sesión, algunos -- se disculpaban y explicaban que no tenían tiempo para acudir, puesto que tenían que trabajar, las amas de casa atender su hogar, etc. Esta falta de interés de los pacientes ante cualquier tipo de trata mientos a largo plazo, puede ser debido al desconocimiento de la im portancia que tiene el seguimiento adecuado de éstos, para su bie nestar. Todo esto es el resultado de que no existe una adecuada -- educación para la salud, ya que la poca y esporádica información -- que se proporciona al público, mediante campañas de salud difundidas por algunos medios de información, o bien en los centros de sa lud, tanto públicos como privados, hace que la gente no esté lo sufi cientemente informada y por lo tanto motivada para acudir a pláti cas acerca de cualquier tema relacionado con la salud y menos a -- asistir a sesiones de tratamiento a largo plazo, por lo que prefieren en muchas ocasiones tomar cualquier tiempo de medicamentos que es más fácil y rápido, implicando menor pérdida de "tiempo" y "es-- fuerzo", o bien no acudir al médico sino hasta que su enfermedad es tá más avanzada.

Una vez que se les citó para la sesión inaugural, sólo se presentaron 12 personas de las cuales 10 acudieron en forma constante-

cada vez que se requería de su participación. Esta mortalidad experimental puede deberse a las causas antes mencionadas.

Nuestro grupo no puede considerarse como una muestra de la población hipertensiva de la ciudad, ya que la definición de muestra a nivel estadístico es: colección de individuos pertenecientes a -- una población, de cuyo conocimiento puede inferirse, mediante procesos estadísticos, consecuencias que atañen a la población global -- (Enciclopedia Salvat Diccionario, Tomo 9, Pp. 2335, 1971), con lo que nuestro grupo no cumple y por lo tanto, los datos que se obtuvieron no pueden ser generalizables a la población en general.

Una vez realizada la sesión inaugural se formó con las personas que quedaban 2 grupos, el control y el experimental. Las personas que formaban el grupo control fueron aquellas que no podían acudir a la clínica una vez por semana, se les evaluó en su domicilio, tanto en la pre-evaluación como en la post-evaluación, tomando la T.A. en cada sesión.

Ya con el grupo experimental las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana en el área de Enseñanza de la clínica en cualquiera de las dos aulas disponibles. Antes de empezar cada sesión se daba un período de descanso, ya que los pacientes llegaban agitados después de transportarse hasta la clínica y subir escaleras, ya que estaban repuestos se les tomaba la T.A. y se iniciaba entonces el entrenamiento; el cual se llevó a cabo de acuerdo con lo indicado en el procedimiento, cumpliéndose todos y cada uno de los pasos,

aunque al principio los pacientes no participaban en cuanto a la --  
mención de componentes de la habilidad a entrenar, la retroalimentaci  
ción a sus compañeros y a la participación voluntaria en el juego -  
de roles.

Se realizó una sesión con cada una de las habilidades no cum--  
pliéndose con el criterio del 80% de ejecución de todos los pacientes  
para continuar de una habilidad a otra, porque el tiempo con el  
que contabamos estaba limitado por dos personas que tenían un permi  
so temporal en su trabajo, por lo que no se podía alargar más el enen  
trenamiento, y en todas las sesiones regularmente 3 personas alcanz  
aban dicho criterio (S 3, 4, 5).

CUESTIONARIO DE INFORMACION  
GENERAL DE HIPERTENSION  
ARTERIAL ESENCIAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ T.A. PROMEDIO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

1). Lugar de origen \_\_\_\_\_

2). Tiempo de radicar en el área metropolitana \_\_\_\_\_

MARQUE CON UNA "X" LA(S) OPCION(ES) QUE CONSIDERE APROPIADAS A  
SU CASO. Y CONTESTE LAS PREGUNTAS QUE SE LE HACEN.

3). ¿Sabe leer y escribir? SI ( ) NO ( )

4). Escolaridad (grado de estudios)

a). Ninguna ( )	d). Bachillerato ( )	f). Otro ( )
b). Primaria ( )	e). Carrera T&C.	(Especifi
c). Secundaria ( )	o Comercial ( )	que)

5). ¿Tiene un solo trabajo? SI ( ) NO ( )

6). Ocupación:

a). Desempleado ( )	d). Empleado ( )	g). Oficio ( )
b). Jubilado ( )	e). Comerciante ( )	h). Profesionista ( )
c). Obrero ( )	f). Ama de casa ( )	i). Estudiante ( )

7). ¿Cuánto tiempo tiene en dicha ocupación?

---

8). Cargo:

- a). Director ( )
- b). Gerente ( )
- c). Jefe ( )
- d). Subordinado ( )

9). Responsabilidad:

- a). Muy Alta ( )
- b). Alta ( )
- c). Media ( )
- d). Baja ( )

10). Riesgo en el trabajo:

- a). Alto ( )
- b). Medio ( )
- c). Bajo ( )
- d). Ninguno ( )

11). ¿Cuál es su horario de trabajo? \_\_\_\_\_

12). Turno:

- a). Diurno ( )
- b). Nocturno ( )
- c). Mixto ( )

13). Transporte que utiliza para ir a su trabajo:

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| a). Automóvil ( ) | e). Autobús Foráneo ( ) |
| b). Colectivo ( ) | f). Trolebús ( )        |
| c). Autobús ( )   | g). Bicicleta ( )       |
| d). Metro ( )     | h). A pie ( )           |

14). Tiempo que utiliza en transportarse a su trabajo:

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| a). Menos de 1 hora ( ) | d). 3 horas ( )       |
| b). 1 Hora ( )          | e). 4 horas ( )       |
| c). 2 horas ( )         | f). más de 4 hrs. ( ) |

15). Tipo de vivienda:

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| a). Propia ( )   | b). Rentada ( ) |
| c). Prestada ( ) | d). Otro ( )    |

16). Tipo de Vivienda:

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| a). Casa Sola ( )  | b). Departamento ( ) |
| c). Condominio ( ) | d). Cuarto ( )       |

17). ¿Tiene algún tipo de pasatiempo? SI ( ) NO ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

18). Fecha en que le diagnosticaron la hipertensión \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19). Fecha de inicio del primer tratamiento: \_\_\_\_\_



20). ¿Cómo se da cuenta que le sube o baja la presión?

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| a). Dolor de cabeza ( ) | e). Sueño ( )     |
| b). Mareos ( )          | f). Debilidad ( ) |
| c). Palpitaciones ( )   | g). Acufenos ( )  |
| d). Cansancio ( )       | h). Fosfenos ( )  |

21). Ante que situaciones siente que su presión aumenta?

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| a). Disgusto ( ) | e). Presión ( )            |
| b). Angustia ( ) | f). Miedo ( )              |
| c). Alegría ( )  | g). Estres ( )             |
| d). Tristeza ( ) | h). Otro (especificar) ( ) |
- 

22). ¿Cómo se da cuenta que está nervioso, preocupado, estresado, - angustiado, etc., presenta:

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| a). Sudoración excesiva de cualquier parte del cuerpo ( ) |                         |
| b). Taquicardia ( )                                       | c). Palidez ( )         |
| d). Dolor de estómago ( )                                 | e). Dolor de cabeza ( ) |
| f). Nauseas ( )   | g). Palpitaciones ( )   |
| h). Mareos ( )  | i). Debilidad ( )       |
| j). Otro (especificar) ( )                                |                         |
- 

23). Ante que situaciones se siente: nervioso, preocupado, estresado, angustiado, etc.

- |                  |
|------------------|
| a). Disgusto ( ) |
| b). Angustia ( ) |
| c). Alegría ( )  |

d). Tristeza ( )

e). Presión ( )

f). Miedo ( )

g). Estrés ( )

h). Otro (especificar) ( ) \_\_\_\_\_

24). Con el tratamiento actual se ha estabilizado su presión?

SI ( ) NO ( ) EN OCASIONES ( )

## TAS

CONSIGNAS PARA OBSERVACION DE EJECUCION EN  
INTERACCION SOCIAL: TEST DE SIMULACION ANALOGICA

- ESCUCHAR: Estas en una reunión y una persona conocida tuya te está platicando de lo que le ocurrió en su trabajo ayer, el - terapeuta "fulano" es tu amigo y tu eres tú.
- NEGOCIAR: Estas con un conocido al que deseas convencer de que haga algo que él no quiere hacer, pero que a tu juicio le conviene. El quiere hacer otra cosa, el terapeuta "fulano" es tu conocido y tu eres tú.
- DEFENSA DE DERECHOS: Tu jefe (o tu esposo (a), o tu superior) quiere que te pongas a hacer algo que no es tu obligación hacer y que te exige mucho esfuerzo (trabajar fuera de horas de oficina, quedarte cuidando a los niños en vez de salir a pasear, etc.) por lo que no quieres aceptar, el-terapeuta "fulano" es él y tu eres tú.
- ENCARAR EL ENOJO: Un(a) amigo(a) tuyo(a) te prestó dinero hace varios meses y tu habías quedado de pagarle inmediatamente te lo encuentras en la calle y él (ella) te reclama la - deuda de mal modo, pero tu no lo traes contigo en ese momento, el (ella) es el terapeuta "fulano" y tu eres tú.

ENCARAR EL ENOJO INJUSTIFICADO: Igual que el anterior, pero esta vez tu ya habías pagado esa deuda.

RESPONDER A LA CRITICA: Te encuentras en la calle a un compañero de trabajo (una amiga o amigo) que te hace plática y te empieza a decir que hiciste mal en resolver un asunto, en el que tu consideras haber actuado correctamente, y te dice lo que debías haber hecho a su juicio, el terapeuta "fulano" es él (ella) y tu eres tú.

## S A S S

## PRUEBA PROGRAMADA DE ANSIEDAD SOCIAL

Nombre \_\_\_\_\_

Instrucciones: Valore en cada situación cuanta ansiedad o incomodidad siente generalmente al estar en dicha situación. Haga de cuenta que se encuentra en las situaciones señaladas a continuación:

Marque sólo una opción por pregunta.

A = nada

B = un poco

C = regular

D = mucho

E = muchísimo (en exceso)

Cuando usted está:

- |   | A     | B | C | D | E |
|---|-------|---|---|---|---|
| 1. Hablando con una mujer de su misma edad        | _____ |   |   |   |   |
| 2. Hablando con un hombre de su misma edad        | _____ |   |   |   |   |
| 3. Hablando con una mujer 10 años mayor que usted | _____ |   |   |   |   |
| 4. Hablando con un hombre 10 años mayor que usted | _____ |   |   |   |   |
| 5. Hablando con una mujer 10 años menor que usted | _____ |   |   |   |   |
| 6. Hablando con un hombre 10 años menor que usted | _____ |   |   |   |   |
| 7. Va a una fiesta con extraños                   | _____ |   |   |   |   |

	A	B	C	D	E
8. Va a una fiesta con conocidos					
9. Va a una fiesta con amigos					
10. Va a una fiesta con parientes					
11. Tiene una conversación con un grupo de 5 o menos					
12. Tiene una conversación con un grupo de 10 o menos					
13. Tiene una conversación con un grupo de 20 o menos					
14. Tiene una conversación con un grupo de 30 o menos					
15. Tiene una conversación con un grupo de 30 o más					
16. Hablar con un hombre más listo que usted					
17. Hablar con una mujer más lista que usted					
18. Hablar con un hombre mejor parecido que usted					
19. Hablar con una mujer mejor parecida que usted					
20. Cuando ud. está con alguien que es muy lento para conversar					
21. Cuando usted dice algo que no es divertido y la gente se ríe					
22. Cuando alguien le dice que usted hizo una observación "tonta"					
23. Cuando usted habla y la gente se va aburrida					
24. Cuando usted no fué invitado a una fiesta a la que sus amigos fueron invitados					
25. Alguien se sienta junto a usted en el autobús, metro, avión, pesero, etc. y comienza a conversar					
26. Cuando llega tarde a una fiesta, cita, al salón de clases, etc. y todos lo miran					
27. Está con un grupo de hombres y mujeres y usted tartamudea					
28. Está con un grupo de hombres y mujeres y usted es torpe al hablar					

- |   | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| 29. Usted da su opinión y alguien no está de acuerdo  |   |   |   |   |   |
| 30. Usted hace alguna aseveración y alguien le dice que usted está equivocado               |   |   |   |   |   |
| 31. Cuando usted le comenta a un vendedor que la mercancía que le vendió está en mal estado |   |   |   |   |   |
| 32. Uno de sus amigos le dice, usted está actuando como "tonto"                             |   |   |   |   |   |
| 33. Tira usted un vaso en un restaurante muy concurrido y se rompe con gran estrépito       |   |   |   |   |   |
| 34. En un grupo alguien pide que usted de su opinión y todos voltean a verlo                |   |   |   |   |   |

## Examen Programado de Ejecución Social.

Instrucciones: Trate de imaginar que está en una situación particular donde usted puede mostrar las conductas enlistadas a continuación, marque la frecuencia con que dichas conductas se presentan. (Marque sólo una opción por pregunta).

A = nunca

B = algunas veces

C = regularmente

D = casi siempre

E = siempre

	A	B	C	D	E
1. Tiene contacto visual cuando habla con alguien					
2. Insulta a otros					
3. Habla en voz alta					
4. Sonríe cuando le dan buenas noticias					
5. Guarda secretos o información confidencial					
6. Es agresivo cuando está en desacuerdo con alguien					
7. Inicia el contacto y conversación con otros					
8.					
9. Se menosprecia					
10. Toma ventaja de otros					



	A	B	C	D	E
11. Es pesimista					
12. Sonríe cuando se encuentra a alguien por primera vez					
13. Interrumpe a otros					
14. Deja que otra persona tome turno delante de usted cuando está haciendo "cola"					
15. Da la impresión de ser un experto en todo					
16. Se muestra impaciente por otros para terminar sus notas					
17. Demuestra aprecio					
18. Si usted ve que alguien está haciendo un trabajo muy despacio, usted se impacienta					
19. Evita molestar o distraer a otros					
20. Usted critica a otros					
21. Tiene buena higiene personal					
22. Habla fácilmente con gente que nunca ha visto					
23. Si usted está molesto y una persona le grita, se enoja más					
24. Es capaz de aceptar que otra persona le diga sus fallas					
25. Sonríe cuando ve a alguien que conoce					
26. Amenaza a otros físicamente					
27. Es capaz de hacer que gente que está ansiosa o fuera de sí, se sienta mejor, hablándole					
28. Usted hace sentir a otros, que está compitiendo con ellos					
29. Rechaza o critica a otras personas antes de conocerlas bien					
30. Da su tiempo o pertenencias para otros					

	A	B	C	D	E
31. Perjudica a otros mientras se esfuerza para alcanzar su metas					
32. Elimina a otros, mientras se esfuerza por alcanzar sus metas					
33.					
34. Sonríe o se ríe cuando alguien dice algo divertido					
35. Está en desacuerdo con la persona que hizo dicho comentario					
36. Cuando alguien le habla usted pone atención a lo que le dice					
37. Es un mal perdedor					
38. Recuerda los nombres de nuevos conocidos					
39. Demuestra interés en lo que otra persona está diciendo (por ejemplo: con movimientos faciales, apropiados, comentarios y preguntas).					
40. Recuerda y discute tópicos previamente discutidos con otros					
41. Da consejos no solicitados					
42. Sabe cuando dejar sola a la gente					
43. Hace comentarios embarazosos					
44.					
45. Dirige la conversación con otra persona acerca de temas interesantes para ambos					
46. Sabe usted cómo dirigir a la gente para realizar una actividad en grupo					
47. Tiene malas maneras mientras come					
48. Toma o usa cosas que no son de usted, sin permiso					
49. Se siente halagado cuando la gente lo busca					

	A	B	C	D	E
50. Continúa hablando cuando el interlocutor demuestra no estar interesado en el tema					
51. Anima a otros a participar en una conversación					
52. Hace comentarios a tiempo					
53. Perjudica a otros cuando lo molestan					
54. Alaba a otros, cuando no están presentes					
55. Considera la opinión dada por otros					
56. Se ríe de los errores o desventuras de otros					
57. Hace usted cosas que le gustan a otros					
58. Habla mucho					
59. Es sarcástico					
60. Es capaz de reconocer cuando la gente está preocupada					
61. Se mantiene en comunicación con sus amigos					
62.					
63. Tiene amistades de mucho tiempo					
64. Rehusa cambiar de creencias u opiniones					
65. Descubre algunas cosas para ser optimista en tiempos difíciles					
66. Habla acerca de los defectos de la gente					
67. Se muestra complaciente al compromiso de resolver conflictos					
68. Lisonjea y alaba a otros					
69. Se queja					
70. Percibe insultos o críticas cuando no fueron expresados verbalmente					

	A	B	C	D	E
71. Cuando es necesario ofrece cosas a gente que no se lo pidió					
72. Reacciona a la injusticia con un deseo de venganza					
73. Hace gestos faciales (por ejemplo: sacudiendo la cabeza) o sonidos (por ejemplo: suspiros) cuando indica desaprobación a otros					
74. Se enoja fácilmente					
75. Es capaz de darse cuenta que alguien tiene problemas					
76. Demuestra sus sentimientos tratando de manipular a otros					
77. Da cosas sin recibir nada a cambio					
78. Tiene contacto visual cuando escucha					
79. Defiende a sus amigos					
80. Hace sentirse menos a otros					
81. Ayuda a otros cuando se lo piden					
82. Habla negativamente de otros, cuando no están presentes					
83. Se alaba a sí mismo					
84. Distribuye responsabilidades por igual entre los miembros del grupo al que pertenece					
85. Se muestra aburrido cuando interactúa con otros					
86. Tiene cuidado de las propiedades de otros como si fueran las suyas					
87. Goza cuando gana					
88. Pregunta si puede ayudar					
89. Demuestra interés por los problemas de otros					

	A	B	C	D	E
90. Habla mucho acerca de sí mismo					
91. Se compromete en "pequeñas charlas" con otros					
92. Explica cosas con mucho detalle					
93. Reconsidera su posición cuando recibe nueva información					
94. Hace sonidos (por ejemplo eructos) que distraigan a otros					
95. Dice "por favor" cuando pide algo					
96. Menciona el nombre de la gente cuando habla con ella					
97. Crítica la conducta o prácticas de las personas que están comprometidas con usted					
98. Respeta los compromisos que hace					
99. Habla acerca de temas interesantes					
100. No dice la verdad					

## HOJA DE REGISTRO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ N° EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ SESION: \_\_\_\_\_ HABILIDAD ENT.: \_\_\_\_\_

	COMPONENTES	PUNTAJE			
		1	2	3	
		1.			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

PRESION ARTERIAL ANTES DE LA SESION

PRESION ARTERIAL DESPUES DE LA S.

% DE RESPUESTAS REQUERIDAS \_\_\_\_\_ = 80%

% DE RESPUESTAS PRESENTADAS \_\_\_\_\_ = \_\_\_%

1 = NO SE PRESENTO

2 = PARCIALMENTE

3 = TOTALMENTE

## HOJA DE TAREA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HABILIDAD ENTRENADA: \_\_\_\_\_

¿CON QUE PERSONA ENSAYO LA HABILIDAD ENTRENADA: \_\_\_\_\_

¿QUE PASO CUANDO ENSAYO (EJECUTO) LA HABILIDAD? \_\_\_\_\_

¿UTILIZO TODOS LOS COMPONENTES (PASOS CONDUCTUALES) QUE SE NECESITAN  
PARA REALIZAR LA HABILIDAD? SI ( ) NO ( ) POR QUE? \_\_\_\_\_

¿QUE TAN BIEN HIZO EL TRABAJO USANDO LA HABILIDAD?

EXCELENTE ( )

BUENO ( )

REGULAR ( )

MAL ( )

¿POR QUE? \_\_\_\_\_

¿COMO SE SINTIO AL USAR LA HABILIDAD?

ANSIOSO ( ) RELAJADO ( )

NERVIOSO ( ) TENSO ( )

ASUSTADO ( ) — ANGUSTIADO ( )

ENOJADO ( ) MUY BIEN ( )

TRISTE ( ) MAL ( )

FELIZ ( )

¿POR QUE? \_\_\_\_\_

DEFINICION DE COMPONENTES  
NO VERBALES

Contacto visual. Que el sujeto dirija la mirada hacia el interlocutor de manera frontal.

Retroalimentación. Cualquier tipo de movimiento corporal o facial, así como sonidos o frases que demuestren que el sujeto está atendiendo al interlocutor o bien acompañe la argumentación del sujeto.

Proximidad física. Distancia que existe entre el sujeto y el interlocutor, la cual varía de acuerdo a la situación.

Volumen de voz. Intensidad de la voz del sujeto.

Atención. Que el sujeto se mantenga en silencio sin interrumpir al interlocutor, manteniendo constante el contacto visual.

Acercarse. Que el sujeto se aproxime al interlocutor si éste se encuentra fuera de su alcance.

DEFINICION DE COMPONENTES  
VERBALES

Hacer preguntas. Que el sujeto exprese frases interrogativas cuyo referente sea el tema que se está tratando.

Resumir. Que el sujeto explique o describa algo en forma breve ex--



presando solamente los aspectos más importantes.

Planteamiento del problema. Que el sujeto emita expresiones verbales cuyo referente sea el asunto en disputa. b) Expresiones verbales cuyo referente sea la ganancia que se obtendrá. c) Expresiones verbales cuyo referente sea las condiciones o acciones que se llevarán a cabo.

Descripción de la norma. Que el sujeto plantee en forma verbal las metas establecidas por la que se rige al actuar.

Descripción de la respuesta esperada y sus consecuencias. Que el sujeto explique la manera en que se deba responder ante la norma previamente descrita, además de explicar las consecuencias de responder o no de manera esperada.

Alternativas. Que el sujeto proponga una acción que minimice o resuelva el problema.

Queja. El sujeto describirá (parafraseando al interlocutor) el punto o motivo de la queja (acto u omisión).

Aceptación. El sujeto expresará frases que evidencien su conformidad ante la acusación de que es objeto.

Descripción del punto en controversia. El sujeto explicará los motivos de la disputa.

Aclarar. El sujeto expresará el por qué el interlocutor no tiene la razón y le expondrá los hechos en la forma como ocurrieron, sin alterarse.

Identificación de la crítica. El sujeto hará preguntas encaminadas a descubrir el motivo de la crítica.

Identificación de la norma. El sujeto encontrará la norma por la cual está siendo juzgado y la comparará con la crítica.

Aceptación o rechazo de la crítica. El sujeto en base a la norma expresará su acuerdo o desacuerdo hacia la crítica recibida, argumentando sus razones.

A  
 ESCUCHAR

**META:**

El sujeto prestará atención, esto es, permanecerá en silencio sin interrumpir al interlocutor realizando cualquier expresión que demuestre que está atendiendo al interlocutor, correspondiendo éstas con el contenido de lo que éste está diciendo y posteriormente comentará lo que se ha dicho.

**Componentes No Verbales:**

- ATENCION.** - Guardar silencio mientras el otro habla.
- CONTACTO VISUAL** - La posición u orientación de la cabeza deberá ser frontal. El contacto visual deberá ser mantenido -- cuando el interlocutor enfatiza algo, ya sea buscando la mirada del sujeto, o cuando se cambia de tema, cuando se hace una pregunta o una pausa breve, etc.
- PROXIMIDAD FISICA** - Deberá ser con un máximo de cinco metros y un mínimo de 1 metro, dentro de la misma área.
- RETROALIMENTACION** - Movimientos afirmativos o negativos de cabeza y/o manos. Expresión facial de asombro (levantar las cejas o abrir los ojos excesivamente), admiración - (abrir los ojos, boca y levantar las cejas), enojo - (fruncir el ceño), etc., esto deberá estar correla--

cionado con el contenido de las expresiones verbales y faciales del interlocutor.

**Componentes Verbales:**

- Expresiones que resumen lo que el interlocutor dijo.

## B

## NEGOCIAR

## META:

A partir de un desacuerdo y mediante el planteamiento de alternativas que se llegue a una solución conjunta.

## Componentes No Verbales:

- CONTACTO VISUAL - Contacto visual durante la expresión del punto de vista del sujeto y/o cuando el interlocutor lo busque. La orientación debe ser frente a frente.
- VOLUMEN DE VOZ - Debe ser audible a la distancia que esté el interlocutor sin excederla significativamente (3 metros).
- PROXIMIDAD FISICA - Distancia no mayor de 3 metros (entre el sujeto y el interlocutor), ni menor de un metro.
- RETROALIMENTACION - Gesticulaciones tales como, movimientos de manos, de señalamiento, de acuerdo con el contenido de los componentes verbales.

## Componentes Verbales:

- Expresión verbal cuyo referente sea el punto en disputa.
- Expresión verbal donde se haga referencia a la ganancia para c/u de los interlocutores.

- Expresión verbal cuyo referente sea las condiciones-  
o acciones que se llevarán a cabo.

## DEFENSA DE DERECHOS

## META:

Que el interlocutor responda acorde con la norma implícita o explícitamente referida por el sujeto.

## Componentes No Verbales:

- CONTACTO VISUAL** - La orientación deberá ser frontal a una distancia -- que no exceda a tres metros y no menor a un metro. - Debe estar presente cuando la persona esté argumentando su posición.
- VOLUMEN DE VOZ** - El volumen de voz será el suficiente para que el interlocutor lo escuche, no excediendo a tres metros - de distancia.
- RETROALIMENTACION** - La expresión facial podrá ser relajada o con el ceño fruncido, pero no sonriente. Deberán ser acompañadas con expresiones de señalamiento como movimientos de manos, de cabeza, etc.

## Componentes Verbales:

- Que describa la respuesta esperada y la consecuencia que le seguirá.
- Solicitar al interlocutor las respuestas prescritas por la norma.
- Describir las consecuencias de responder y de no responder de acuerdo a la norma.

## D

## ENFRENTAR EL ENOJO INJUSTIFICADO

## META:

Que el sujeto identifique el motivo de la queja y exprese su desacuerdo, tratando de llegar a una solución junto con el interlocutor.

## Componentes No Verbales:

- CONTACTO VISUAL - Debe mantenerse en el momento en que el sujeto exprese su punto de vista.
- PROXIMIDAD FISICA - Deberá ser a una distancia no mayor de 3 metros y no menor a un metro.
- VOLUMEN DE VOZ - Debe ser el suficiente para que el interlocutor escuche, pero que no exceda a 3 metros de distancia.
- RETROALIMENTACION - Las gesticulaciones deberán ir de acuerdo con lo que se esté argumentando. Tales como: movimiento de señalamiento (manos, cabeza, etc.) enfatizando o apoyando su argumentación. Expresión facial de enojo (ceño fruncido) o relajado pero no sonriente.

## Componentes Verbales:

- El sujeto describirá el punto de controversia.
- Dará expresiones que justifiquen el por qué el inter



locutor no tiene la razón tales como: "estas equivocado", "no es cierto" "no tienes razón", etc.

## E

## ENFRENTAR EL ENOJO JUSTIFICADO

## META:

Que el sujeto identifique el motivo de la queja, aceptándolo y tratando de llegar a un acuerdo para solucionar dicho conflicto.

## Componentes No Verbales:

CONTACTO VISUAL - Deberá estar presente cuando el sujeto argumente su punto de vista, o bien, cuando el interlocutor lo solicite.

VOLUMEN DE VOZ - Lo suficientemente alto para que lo escuche el interlocutor y no exceda a una distancia de 3 mts. aproximadamente.

PROXIMIDAD FISICA - Deberá ser a una distancia no mayor de tres metros y no menor a un metro aproximadamente.

RETROALIMENTACION - Se realizarán movimientos de cabeza afirmativa o negativa de acuerdo con lo expuesto por el interlocutor.

## Componentes Verbales:

- El sujeto propondrá una acción que minimice o resuelva

va el problema.

- El sujeto describirá (parafraseando al interlocutor) el punto o motivo de la queja (acto u omisión).
- El sujeto expresará frases de aceptación tales como: "reconozco mi error", "lo hice mal", "no se repetirá", etc.

F

RESPONDER A LA CRITICA

Que el sujeto identifique el motivo de la crítica, aceptándola o rechazándola relajadamente, argumentando su punto de vista acerca de la crítica.

NO VERBALES:

**CONTACTO VISUAL** Este deberá ser constante, es decir, cuando el sujeto esté argumentando su posición.

**RETROALIMENTACION:** Se realizarán movimientos de señalamientos o énfasis tales como: apuntar con el dedo; cambiar la expresión facial como puede ser el levantar la ceja., etc. enfatizando algo.

En caso de rechazar la crítica no deberá haber sonrisas por parte del sujeto.

**PROXIMIDAD FISICA:** Esta no deberá ser mayor de tres metros, ni menor a uno.

**VOLUMEN DE VOZ:** Podrá ser audible a una distancia no mayor de tres metros (aproximadamente), sin que esto sea rebasado significativamente.

VERBALES

- Identificación de la crítica haciendo preguntas tales como: ¿Por qué?, ¿Cuándo?, etc.

- Identificación de la norma y comparación de ésta con la crítica.

En base a la norma aceptación o rechazo de la crítica con expresiones tales como: "Estas equivocado", "no cometí ninguna falta", etc.

Hacer preguntas, expresiones verbales que incluyan palabras tales como, ¿Qué?; ¿Cómo?; ¿Cuánto?, etc. relacionadas con el tema o discurso del interlocutor y la disposición del sujeto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Acchiardo y col. (1972). Similar effects of hydrochlorothiazide and spironolactone on plasma renin activity in essential hypertension, En: Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Goodman y Gilman, 1978.
2. Arguedas y col. (1982). Epidemiología de la hipertensión arterial en Costa Rica, En: Hipertensión, González C. y Alcocer, 1982.
3. Arnkoffy y col (1979).
4. Benson, H. y col (1971). Decreased systolic blood pressure through operant conditioning techniques in patients with essential hypertension. Science, 173, Pp. 740-742.
5. Benson y col. (1974a) Decreased blood pressure in borderline hypertensive subjects who practice meditation, En: Seer, 1978. Op. cit.
6. Benson y col. (1974b). Decreased blood pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation responses. En: Seer, 1978 Op. cit.

7. Benson, H. (1975). The relaxation response. En: Se r, -  
1978. Op. cit.
8. Blackwell, B. y col (1976). Transcendental meditation in-  
hypertension: Individual response patterns. Lancet, 1, -  
Pp. 223-226.
9. Brady, J.P. (1973). Metronome conditioned relaxation: A -  
new behavioral procedure. En: Seer, 1978. Op. cit.
10. Brady, J.P. y col. (1974) Blood pressure reduction in pa--  
tients with essential hypertension trough metronome-condi-  
tioned relaxation: A preliminary report. En: Seer, 1978. -  
Op. cit.
11. Cabrera, (1977). Citado en: González C. y Alcocer, 1977,  
Op. cit.
12. Campbell y Stanley (1978). Diseños experimentales y cuasi;  
experimentales en la investigación social. Amorrortu - -  
Editores. Buenos Aires.
13. Cautela, J. (1966). Treatment of compulsive behavior by -  
covert sensitization En: Wolpe, 1981. Op. Cit.
14. Cautela, J.R. (1981). Behavior analysis forms for clini--  
cal intervention. Research Press. Volume 1.
15. Conger y col. (1979). A rating of heterosocial skill and-  
anxiety. En: Rim y Masters, 1982.

16. Conway J. y Lawers P. (1960). Hemodynamic and hypotensive effects of long term therapy with chlorotiazide. En: Mirkin, 1985. Op. Cit.
17. Chávez, R. (1979). Citado en: Chávez R., 1984, capítulo 10. Op. cit.
18. Chávez, R. (1984). Hipertensión arterial esencial. Ediciones Croissier, S.A. México, D.F. Tomo I.
19. Chávez, R. (1985). Hipertensión arterial esencial; fisiopatología, clínica y tratamiento. Ediciones Croissier, México, Tomo II.
20. Chistlieb, R. (1982). Terapéutica medicamentosa antihipertensiva en el paciente con diabetes sacarina. Mecanismos de acción y efectos colaterales. En: González y Alcocer, 1982. Op. cit.
21. Day y col. (1973). The mechanism of the antihypertensive action of  $\alpha$ -methildopa in hypertensive rats. En: Goodman y Gilman, 1978. Op. cit.
22. Deabler, H, L. y col. (1973). The use of relaxation and hypnosis in lowering high blood pressure. En: Seer, 1978. Op. cit.
23. Diamond, E. (1982). Anger and hostility in hypertension and coronary disease. Psychological Bulletin, 92, N<sup>o</sup> 2. -- Pp. 412-420.



24. Ellis, A. (1959). Citado en: Ellis , 1980, Op. cit.
25. Ellis, A. (1980). Razón y Emoción en Terapia. Ed. Disclee de Brower. Pp. 37-56.
26. Ewart, C. K. y col. (1984). Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflict: Effects of marital - communication training. Behavior Therapy, 15. Pp. 473-484.
27. Fohlich, E. y col. (1972). Altered vascular responsiveness: Initial hypotensive mechanism of thiazide diuretics. En: - Mirkin, 1985. Op. cit.
28. Friedman, (1968). The effects of modeling and role playing on assertive behavior. En: Rim y Masters, 1982. Op. - cit.
29. George, C. (1983). Medical News, 15:27,22 En: Folleto -- Dilacorán Retard, Química Knoll de México, S.A. de C.V.
30. Gildea, E. (1949). Special features of personality wich - are common to certain psychosomatic disorders. Psychosoma - tic Medicine, 11, 273-281.
31. González C. y Alcocer (1977). Hipertensión Arterial, Diag - nóstico y Tratamiento. La Prensa Médica Mexicana, Ed. - - Fournier, S.A.
32. González y col. (1982). Estudio de la presión arterial en

- Nuevo Laredo, México. En: González C. y Alcocer, 1982. Op. cit.
33. González C. y Alcocer (1982). Memoria del Segundo Curso - Interamericano sobre Hipertensión Arterial. Editado por: - González C. y Alcocer. Ediciones Médicas Actualizadas, -- S.A. México.
  34. Goldstein, A.P. (1976). Skill training for community - - living: Applying structured learning therapy. Pergamon - International Library.
  35. Goodman y Gilman (1978). Bases farmacológicas de la terapéutica, Editorial Interamericana. Quinta Edición.
  36. Green y col. (1980). Self regulation-training for control of hypertension. Primary Cardiology. 6, N° 3.
  37. Gressel, Shobe, Saslow, Dubois y Schoroeder (1949). Personality factors in essential hypertension. En: Diamond, - - 1982. Op. cit.
  38. Gutman, M.C. y Benson, H. (1971). Interaction fo environmental factors and systemic arterial blood pressure: A - - review. Citado en: Seer, 1978. Op. cit.
  39. Haber, A. y Runyon, R. (1973). Estadística General. Edit. Fondo Educativo Interamericano.
  40. Hamilton, J.A. (1942). Psychophysiology of blood presurre. citado en: Diamond, 1982. Op. cit.

41. Helfant, R. y col. (1971). Abnormalities of left ventricular contraction induced by beta adrenergic blockade, citado en: Goodman y Gilman, 1978, Cap. 26. Pp. 466.
42. Henning, M. (1969). Studies on the mode of action of - - -methyl dopa citado en: Goodman y Gilman, 1978. Pp. 596.
43. Henry, J.P. y Cassel, J.C. (1969). Psychosocial factors in essential hypertension. Recent epidemiologic and animal experimental evidence, citado en: Seer, 1978. Op. cit.
44. Hokanson, J.E. (1961). The effects of frustration and anxiety on overt aggression. citado en: Diamond, 1982. Op. cit.
45. Jacobson, E. (1939). Progressive Relaxation. Chicago. University of Chicago Press.
46. Jalvulay, M. (1860-1913). citado en González C. y Alcocer 1977. Op. cit.
47. Kalis, B.L., Harris, R.E. Sokolow, M. y Carpenter, L. G. (1957). Response to psychological stress in patients with essential hypertension. citado en: Diamond, 1982.
48. Kannel, W. B. y cols. (1971). Systolic versus diastolic blood pressure and risk of coronary heart disease. En: Hypertension Arterial Alcocer y González, 1977.

49. Kazdin, (1975).

50. Mac Fall y Marston (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training citado en: Rim y Masters, 1982.

51. Mahesh Yogi, M. (1968). Transcendental meditation, citado en: Seer, 1978. Op. cit.

52. Méndez, L. y Villareal, H. (1977). Prólogo. Hipertensión Arterial. González C. y Alcocer, 1977. Op. Cit.

53. Mirkin, L. (1985). Farmacología clínica y uso terapéutico de los agentes antihipertensores. Hipertensión. Año 1, 1, N° 4, Pp. 43-54.

54. Moe, G y Abildskov, J. (1978). Medicamentos antiarrítmicos. Cap. 32 Bases Farmacológicas de la Terapéutica Goodman 1978 Pp. 576-593.

55. Moschowitz, E. (1919). Hypertension: its significance relation to arteriosclerosis and nephritis, and etiology, citado en: Diamond, 1982. Op. cit.

56. Mudge, J. (1978). Diuréticos y otros fármacos empleados en la movilización del líquido de edema. Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Goodman y Gilman 1978. Cap. 39.- Pp. 685-709.

57. Naranjo, C. y Ornstein, R.E. (1971). On the psychology of meditation. Citado en: Seer, 1978. Op. cit.
58. Nickerson, M. y Ruedy, J. (1978). Agentes antihipertensivos y farmacoterapia de la hipertensión. En: Bases Farmacológicas de la Terapéutica Goodman y Gilman, 1978. Cap. -- 33. Pp. 594-611.
59. Ogilvie, R. y Ruedy, J. (1969). Treatment of hypertension with hydrochlorotiazide and spironolactone. Citado en: -- Goodman y Gilman, 1978. Pp. 600.
60. Palmer, R.S. (1950). Psyche and blood pressure. Citado en: Diamond, 1982. Op. cit.
61. Patel, C.H. (1973). Yoga and biofeedback in the management of hypertension Lancet, 2, 1053-1055.
62. Patel, G. (1975). 12-Month follow-up of yoga and biofeedback in the management of hypertension. Lancet, January 11, Pp. 62-64.
63. Quetsch, R. M. y col. (1959). Depressive reactions in hypertensive patients: a comparasion of those treated with - ravwolfia and those receiving no specific antihipertensive treatment. Citado en: Goodman y Gilman, 1978. Pp. 468. Op. cit.
64. Rapado, A. (1982). Estudios epidemiológicos sobre hipertensión arterial en España. En: González C. y Alcocer, -- 1982. Op. cit.

65. Rathus, S. A. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group setting. Citado en: Wolpe, - 1981. Op. cit.
66. Rimm y col. (1976). Assertive training use in treatment of chronic crying spells. Behavior Research and Therapy, 5, - Pp. 363-374.
67. Rimm, Keyson y Hunziker, (1971). Group assertive training in the treatment of antisocial aggression. Citado en: Rimm y - Masters, 1982. Op. cit.
68. Rimm, O. y Masters, J. (1982). Terapia de la Conducta. -- Editorial Trillas. México, 1982.
69. Robertson, J.l. (1982). El impacto social de la hipertensión arterial En: González, C. y Alcocer, 1982. Op. cit.
70. Robertson, J.l. (1985). Perspectivas actuales de la hipertensión arterial esencial. Hipertensión Año 1, 1, N° 4. - Pp. 6-10.
71. Robin, E. y col. (1967). A comparative study of nitroglycerin and propranolol citado en: Goodman y Gilman, 1978. - Op. cit. Pp. 460.
72. Rosenman, R. y Friedman, M. (1974). Type A. behavior and your heart. Editorial Fawcett Crest, New York. 1974.
73. Roth, E. (1983). Competencia social, validación de un pa-

quete instruccional para el entrenamiento de habilidades -  
sociales en ambientes no convencionales. Tesis de Maestría.  
ENEP-Iztacala, UNAM, 1983.

74. Sarason, I. (1968). Verbal learning modeling and juvenile-  
delinquency citado en: Rimm y Masters, 1982. Op. cit.
75. Sarason, I. (1975). Psicología anormal. Los problemas de  
la conducta desadaptada. Editorial Trillas, México, 1975.  
Cap. 11.
76. Sarason, I. (1981). Group asertive training in the treat-  
ment of antisocial aggression. Citado en: Rimm y Masters,-  
1982. Op. cit.
77. Sarason y Sarason (1981).
78. Schachter, J. (1957). Pain, fear and anger in hypertensi-  
ves and normotensives. Citado en: Diamond, 1982. Op. cit.
79. Seer, P. (1978). Psychological control of essential hyper-  
tension: Review of literature and methodological critique.  
Psychological Bulletin 86-5, Pp. 1015,1043.
80. Shapiro, D.H. y Zifferblatt, S.M. (1976). Zen meditation-  
and behavioral self-control: Similarities, differences, --  
and clinical applications. Citado en: Seer, 1978. Op. cit.

81. Shoemaker, J.E. y Tasto, D.L. (1975). The effects of muscle relaxation on blood pressure of essential hypertensives. *Behavior Research and Therapy*, 13, Pp. 29-43.
82. Stamler, J. (1970). Comprehensive treatment of essential-hypertensive disease why, when, how, monographs on hypertension. Citado en: González C. y Alcocer, 1977. Op. cit.
83. Stone, R.A. y De Leo, J. (1976). Psychotherapeutic control of hypertension. Citado en: Seer, 1978. Op. cit.
84. Surwit, R.S. y col. (1978). Comparison of cardiovascular-biofeedback, neuromuscular feedback, and meditation in the treatment of borderline hypertension. Citado en: Seer, 1978. Op. cit.
85. Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition-citado en: Rimm y Masters, 1982. Op. cit.
86. Wolpe, J. (1981). *Práctica de la terapia de la conducta.* Editorial Trillas, México, 1981.
87. Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966). *Behavior therapy techniques: a guide to the treatment of neurosis.* Citado en: Rimm y Masters, 1981. Op. cit.