

51921
2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:
ROCIO CARMINA ARGÜELLES TORRES
ADRIANA CARAPIA SADURNI

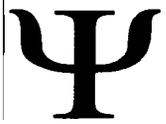
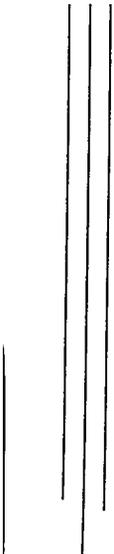
DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
SECRETARIA
TÉCNICA
PSICOLOGIA

SUPERIORES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F.

2003





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.

Un agradecimiento especial a los jurados
por sus comentarios y sugerencias
para enriquecer este trabajo.

En especial a la Mtra. Bertha Ramos del Río
por su paciencia, apoyo y guía en el proceso de la tesis.

Así como a la Trabajadora Social,
Rosario Montoya
de la Clínica No. 21 del IMSS,
por su valiosa colaboración.

Y sobre todo a los pacientes por
haber participado en este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

Gracias.

A mis padres por el apoyo, amor y enseñanzas
que siempre me brindan.

A mis hermanos por su comprensión,
ayuda y paciencia en todo momento.

Y a mis amigas Adriana y Araceli
por sus consejos y ayuda incondicional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Carmina.

C

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRACIAS

A Melitón Carapia Flores (Mi Papá) por ser el responsable de este sueño que hoy se hace realidad. Te Quiero Mucho.

A Martha L. Sadurni Estrada (Mi Mamá) por darme la vida y sobre todo el apoyo y la confianza durante toda la carrera. Te Adoro.

A Victor y Rodrigo (Hermanos), por ser mi ejemplo a seguir en todo momento, creo que esta es la mejor recompensa a todos sus sacrificios. Los Quiero Mucho.

A Gaby (Hermana) por ayudarme y apoyarme en la elaboración de esta tesis. Te quiero Mucho.

A Claudia (Cuñis) por sus consejos y apoyo incondicional.

A Max por cuidarme y desvelarse en todo momento conmigo.

A Mi Abuelita (Felisa), Mis Tíos y Primos por su cariño y comprensión.

A Carmina y Araceli por ser mis amigas y estar siempre a mi lado en los momentos difíciles. Las quiero.

A esa persona tan especial en mi vida por haber colaborado en mi formación profesional y motivarme a ser mejor día a día.

A Inés, Ma. Elena, Claudia, Jazmín (Enfermeras del INCAN) y Paula (Trabajadora Social del INCAN) por su apoyo desinteresado.

A Bertha (Directora de la Tesis) por guiarme e impulsarme para ser mejor cada día.

A los Profesores del Programa Psicología de la Salud (FES-Zaragoza) por darme la oportunidad de haber colaborado y aprendido herramientas fundamentales para el óptimo desempeño de mi profesión.

ADRIANA

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

I. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.1 Definición y clasificación.....	6
1.2 Epidemiología.....	8
1.3 Factores de Riesgo.....	9

CAPÍTULO 2

II. ANSIEDAD

2.1 Definición.....	12
2.2 Síntomas.....	12
2.3 Técnicas psicológicas para el Manejo de la Ansiedad.....	13

CAPÍTULO 3

III. ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	24
--	----

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

33

OBJETIVOS.....	34
----------------	----

HIPÓTESIS.....	35
----------------	----

VARIABLES.....	35
----------------	----

MÉTODO.....	38
-------------	----

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	60
-------------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	63
-------------------	----

ANEXOS.....	68
-------------	----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue reducir la ansiedad rasgo y las cifras de presión arterial sistólica y diastólica en dos grupos de pacientes, uno con hipertensión primaria o esencial (Grupo 1) y otro con hipertensión secundaria (Grupo 2), a través de un programa para el manejo de la ansiedad. Se estudió una muestra no probabilística de tipo intencional, en la cual participaron 6 pacientes hipertensos en el G1 y 10 en el G2 de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS, alfabetizados, con un promedio de edad de $X=52.17$ años en el G1 y $X=56.10$ años en el G2; el G1 presentó un promedio de presión arterial de $N=133/83.33$ mm Hg. y el G2 $N=134/83$ mm Hg. El programa para el manejo de la ansiedad estuvo dividido en 3 fases (pretratamiento, tratamiento y postratamiento), con 8 sesiones grupales, una vez por semana, con una duración de 2 horas. En el cual se utilizaron la relajación muscular progresiva y el entrenamiento asertivo para el control de la ansiedad. El diseño y tipo de investigación que se empleó fue cuasiexperimental con pre y post prueba en grupos intactos. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, donde se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable ansiedad y en las cifras de presión arterial sistólica y diastólica al inicio y al final del programa de ambos grupos. Sin embargo al calcular las diferencias aritméticas de las cifras de tensión arterial en ambos grupos, se encontraron decrementos en la PS de -18.33 mm Hg. en el G1 y de -20 mm Hg. en el G2. En la PD el G1 mostró un decremento de -6.67 mm Hg. y en el G2 de -6 mm Hg. Se considera que el estudio tiene un impacto sobre la disminución de las cifras de presión arterial sistólica y diastólica en ambos grupos sin importar su estatus clínico. Por lo tanto, se concluye que el tratamiento psicológico puede ser de gran apoyo en el tratamiento farmacológico para el control de la presión arterial tanto de hipertensos primarios o esenciales como en los secundarios.

Descriptores: *ansiedad, hipertensión arterial sistólica y diastólica, relajación, asertividad.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX, las enfermedades del corazón y las arterias dominan el perfil de causa de muerte. Dentro de este grupo de padecimientos más frecuentes y que tienen una distribución mayor, están la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular y la coronaria (Bolaños, 2000).

A pesar que desde la década de los 50s se sabía que la hipertensión arterial (HTA) intervenía en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, fueron los estudios efectuados en la década de los sesentas y setentas los que claramente mostraron la relación entre hipertensión arterial y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos blanco: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos. Esto dada la alta prevalencia de la HTA en el mundo y en el continente, así como el número considerable de incapacidades y de muertes en la población debido a las consecuencias propias de la enfermedad (Rodríguez, Herrera, Torres y Ramírez, 1997).

Alrededor de 17 millones de personas mueren cada año por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 segundos ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en morbimortalidad del paciente adulto en todo el mundo y México no escapa a esta circunstancia. Se estima que existen en el mundo 600 millones de personas que padecen HTA, de éstos, 420 (70%) millones corresponden a países en vías de desarrollo. La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se calcula que aproximadamente el 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas con un mal control de la enfermedad (Velázquez, Rosas, Lara, Pastelin, Attie y Tapia, 2002).

En México es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece y cerca del 60% de los individuos afectados la desconocen. Existen más de 13 millones de personas con esta enfermedad y más de 8 millones han sido diagnosticadas, siendo uno de los padecimientos crónicos de mayor impacto social y económico (Solís y García, 2002). Según las estadísticas del INEGI en México, tan solo en el año 2000 fueron diagnosticados 369422 nuevos casos de hipertensión arterial.

Dentro de los factores de riesgo más importantes que colaboran para que se presente dicha enfermedad se pueden encontrar los genéticos (herencia y origen étnico), los constitucionales (edad, sexo), higiénico-dietéticos (obesidad, ingesta de sal, sedentarismo, tabaquismo, alta ingesta de alcohol) y psicosociales (estrés, económico).

En los últimos años se ha planteado la relación existente entre las reacciones fisiológicas y los desórdenes emocionales con la presión arterial. Mostrando en distintos estudios cómo los pacientes hipertensos están caracterizados por una respuesta de ansiedad más alta que los pacientes normotensos (Tobal y Casado, 1994). Por lo que, se ubica la ansiedad como un factor que puede estar presente en conjunto con otros factores tanto en la aparición, como en el desarrollo, y el mantenimiento de la HTA (Montes de Oca, 1996).

Es así como el propósito de la presente investigación fue reducir la ansiedad rasgo y las cifras de presión arterial sistólica y diastólica en pacientes con hipertensión arterial primaria o esencial y secundaria, a través de un programa para el manejo de la ansiedad, que incluye relajación muscular progresiva y entrenamiento asertivo, ya que como se ha demostrado en la literatura son técnicas que han mostrado resultados efectivos en el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial (Fodor, 1993; García-Vera, Labrador y Sanz, 1996; Camuñas, Pérez e Iruarizaga, 2000; Austin, 2001 y Jáuregui, De la Torre y Gómez, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una elevación intermitente o continua de la presión sanguínea sistólica o diastólica que aparece cuando la fuerza que ejerce la sangre contra los vasos arteriales supera lo normal (Solís y García, 2002).

La HTA se define como un padecimiento de etiología múltiple caracterizado por un aumento de la cifras de tensión arterial (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mm Hg., seguido de deterioro funcional y orgánico con lesiones anatómicas de curso clínico, variado e irregular (Chávez, Acoltzin, Carboneit, López, Moragrega, y Rendón, 1995).

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (1996) se considera hipertenso a todo individuo que presente cifras de *Tensión Arterial Sistólica* (TAS) iguales o superiores a 140 mm Hg. y/o de *Tensión Arterial Diastólica* (TAD) iguales o superiores a 90 mm Hg., en repetidas mediciones durante períodos de varias semanas, aproximadamente entre 3 y 6 meses.

En los últimos años, la HTA se ha clasificado fundamentalmente de dos maneras: una basándose en los valores de la presión arterial, y la otra, considerando su origen (etiología).

La primera de estas clasificaciones se ha elaborado con base en la relación directa entre las elevaciones de la presión arterial y la mortalidad cardiovascular, lo cual permite caracterizar la severidad del trastorno. De las clasificaciones de este tipo y que más se emplea mundialmente es la propuesta por *The Sixth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (1997), que puede ejemplificarse con los rangos de severidad atribuidos según las elevaciones en la presión arterial, de tal manera que si la presión arterial sistólica (PS) es consistentemente superior a 140 mm Hg. y la presión diastólica (PD) es consistentemente mayor de 90 mm Hg. o ambas se encuentran por arriba de estos rangos, se considera la presencia de cifras de hipertensión, a partir de los 20 años (Solís y García, 2002). Esta clasificación consideran tres grados diferentes de HTA basados en un orden creciente de severidad los cuales se refieren como grado 1, 2 y 3. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión Arterial según sus valores.

	Sistólica (mm Hg.)	Diastólica (mm Hg.)
Deseable*	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Normal-alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión		
Grado 1 + (leve)	140 - 159	90 - 99
Grado 2 + (moderada)	160 - 179	100 - 109
Grado 3 + (severa)	≥180	≥110

*Presión deseable con relación al riesgo cardiovascular.

-Basado en el promedio de dos o más mediciones tomadas en dos o más visitas después de un escrutinio inicial.

The Sixth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 1997.

Se estima que aproximadamente en un 70% a 80% de los casos, la HTA se desarrolla lentamente; la gente inicia con una presión normal que progresa a presión limitrofe (normal-alta) y, posteriormente, a presión arterial alta grado 1. En las personas cuya presión arterial no está controlada, que se considera es el mayor número de casos— casi el 75%— tiene presión arterial alta grado 1. Aproximadamente 20% tiene una presión arterial grado 2, y un 5% grado 3 (Swanson, 2001).

Si una elevación de la presión arterial no es tratada o controlada, la fuerza excesiva de la sangre puede dañar muchos órganos y tejidos del cuerpo. Mientras más alto es el grado de la presión arterial, mayor es el riesgo de sufrir daños en cerebro, corazón, ojos y riñón (conocidos como órganos blancos). Del mismo modo, si la presión arterial grado 1 persiste por un periodo largo de tiempo (meses o años) puede llegar a ser nociva e incluso llevar a la muerte.

Si bien tanto la presión sistólica como diastólica se han identificado sistemáticamente como factores de riesgo independientes, la sistólica se ha asociado con un riesgo relativamente mayor de cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal y mortalidad general para un abanico similar de presiones arteriales. (Organización Mundial de la Salud, 1996). Tomando en cuenta que el control de dichas cifras adquiere mayor relevancia a partir de los 50 años y las cifras de presión diastólicas en personas menores de 40 años (Velázquez, Rosas, Lara, Pastelin, Attie y Tapia, 2002).

Estimaciones cuantitativas basadas en los datos reunidos en 9 estudios de observación prospectivos, indican que en persona con presión diastólica de 105 mm Hg. el riesgo de accidente cerebrovascular aumentan 10 veces y 5 veces el de episodios coronarios si se les compara con personas cuya presión diastólica es de 76 mm Hg. (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Estos resultados sugieren que reducciones prolongadas de 5, 7.5 y 10 mm Hg. del valor diastólico habitual están asociados, respectivamente, con una disminución cuando menos, del 3.4%, 46% y 56% de accidentes cerebrovasculares y del 21%, 29% y 37% de episodios coronarios. Tomando en cuenta la edad, como un factor que puede contribuir a la variación de la presión arterial (sistólica y diastólica).

Por otro lado, la HTA también ha sido clasificada de acuerdo con su origen, llamándole primaria o esencial y secundaria.

La *hipertensión primaria o esencial* es la más frecuente ya que ocurre en el 90 a 95% de los casos y esta no presenta una causa específica o conocida; se caracteriza por ser generalmente asintomática, lentamente progresiva y no puede atribuirse a ninguna causa orgánica. Comúnmente se le ha relacionado con la ansiedad y con los factores higiénico-dietéticos propios del estilo de vida (dieta inadecuada, sedentarismo, tabaquismo, etc.).

Su tratamiento, generalmente se enfoca al uso de estrategias de intervención no farmacológicas enfocadas a la modificación de hábitos higiénico-dietéticos bien establecidos: la reducción de peso, la restricción de sodio, reducción en el consumo de alcohol, implementación de prácticas de ejercicio, la relajación, el manejo de la ansiedad y el abandono del cigarro (Joint Nacional Comité, 1988; Guidelines Sub-Committee of the WHO, 1989; British Medical Research Council Working Party, 1988 y Chockalingam, 1988). Sin embargo, en aquellos casos donde la presión arterial ha alcanzado incrementos significativamente sostenidos a lo largo de mucho tiempo (años), este tratamiento puede incluir la combinación de alternativas farmacológicas.

En el caso de la *hipertensión secundaria* generalmente es sintomática (v.g., dolor de cabeza, mareo, zumbido de oídos, etc.), representa aproximadamente el 5% de los casos, caracterizados por la presencia de causas orgánicas identificables, a menudo corregibles (v.g., angostamiento de la arteria que llega a uno o a ambos riñones, pequeños tumores en las glándulas adrenales, presencia de diabetes, etc.). Este tipo de hipertensión generalmente es controlada con tratamiento farmacológico (Swanson, 2001).

Es por esto que la Psicología se ha ocupado de participar en el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial (a través de aproximaciones psicológicas cognitivo-conductuales), que de no tratarse puede evolucionar hasta complicaciones severas.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La transición epidemiológica y el incremento en la esperanza de vida, han influido en la aparición de padecimientos crónico degenerativos altamente demandantes de servicios de salud. De estos, al ocupar los primeros lugares de atención, destacan los cardiovasculares: entre ellos la hipertensión arterial, que reporta aproximadamente 30 millones de casos en Estados Unidos de América, en tanto Canadá y México la prevalencia alcanza 25 y 26.6% respectivamente (Secretaría de Salud, 1996).

En este último país, en 1998 se reportaron 481 368 casos nuevos, durante 1999 la cifra correspondió a 321 387 (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2000) y en el año 2000 fueron diagnosticados 369 422 nuevos casos de hipertensión arterial (INEGI, 2000).

Esto sin considerar que por cada hipertenso diagnosticado se estima que existen 1.3 que no lo han sido. Se calcula que aproximadamente el 25% de la población mundial tiene valores de presión arterial superiores a 140/90 mm Hg.

En Cuba en el año de 1998, el 18.6% de la población padecía de HTA (Coutín, 2001); en el caso de España en 1990 el 20% de la población padecía de HTA donde el 90% era de tipo esencial (Cea-Urgarte, 2000).

En países latinoamericanos como Argentina en el año de 1999, la mortalidad correspondía en un 57.8% a enfermedad cardiaca hipertensiva; 33.8% a hipertensión esencial y 8.4% enfermedad renal hipertensiva (Bianchi, 2001); en el caso de Brasil y Chile en el año de 1996 la prevalencia de hipertensión era de 30%, en Paraguay de 33% y Uruguay de 39% (Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2000).

Por otra parte, se han identificado algunos factores que están directamente relacionados con el riesgo de padecer hipertensión arterial.

1.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la hipertensión arterial de acuerdo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) pueden agruparse en categorías como:

A. Genéticos

Herencia: El riesgo de desarrollar hipertensión arterial en personas con antecedentes familiares directos de hipertensión arterial es el doble que en familias normotensas.

Origen étnico: Los estudios de población han puesto de manifiesto niveles más elevados de presión arterial en las comunidades de raza negra, que en raza blanca.

B. Constitucionales

Edad: Existe una relación positiva entre edad y presión arterial en la mayoría de las poblaciones, a pesar de sus características geográficas, culturales y socioeconómicas. En casi todas las poblaciones occidentales la presión sistólica tiende a aumentar gradualmente durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta hasta alcanzar un valor medio de 140 mm Hg. en el séptimo u octavo decenio; la diastólica tiende a elevarse pero a un ritmo menor hasta de 90 mm Hg.

Sexo: A partir de la adolescencia los varones tienden a presentar un nivel medio de presión arterial más elevado, se acentúa en los adultos jóvenes y de mediana edad. Más adelante las diferencias disminuyen y la tendencia puede incluso invertirse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C. Higiénico - Dietéticos

Obesidad: Se considera al paciente obeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o mayor que 27 en hombres o mayor que 25 en mujeres. Se obtiene dividiendo el peso corporal expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros y elevada al cuadrado (peso [(Kgr./talla (mts.))]). La presión arterial presenta una elevación de 2-3 mm Hg. para la sistólica y de 1-3 mm Hg. para la diastólica por cada 10 Kgr. de aumento de peso. La obesidad está asociada con un riesgo de entre dos a seis veces mayor de padecer la hipertensión.

Ingesta de Sal: Se ha comprobado que la ingesta de sal por encima de las necesidades fisiológicas está asociada con una elevación de la presión arterial.

Sedentarismo: La vida sedentaria favorece el incremento de las cifras de presión arterial, razón por la cual se recomienda realizar algún tipo de ejercicio diario, como caminar, por lo menos de 20 a 30 minutos diarios.

Tabaquismo: Se consideran fumadores a aquellas personas que fuman más de 3 cigarrillos al día o más de 2 tabacos o pipas al día. Los fumadores tienen el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular con respecto a los no fumadores.

Alta ingesta de alcohol: El consumo de alcohol se ha relacionado sistemáticamente con la presión arterial elevada, cuando se consumen dos o más copas diarias la presión sistólica se eleva aproximadamente 1.0 mm Hg. y la diastólica en torno a 5.0 mm Hg. por cada copa.

Factores Psicosociales

Estrés: Se ha comprobado que existe una relación entre ciertos factores de estrés e hipertensión, en los laboratorios de estrés experimental, se han examinado algunos mecanismos que inducen a la elevación de la presión arterial, el estrés aumenta los niveles de adrenalina y de dopamina, lo que conlleva un aumento en la frecuencia cardiaca, del gasto cardiaco y de la presión arterial, durante el estrés físico. Además de incrementarse la adrenalina y la dopamina, se observa elevación en los niveles plasmáticos de noradrenalina, lo que condiciona a un aumento en la resistencia periférica. Encontrándose que la presión arterial media puede elevarse en promedio hasta 12 mm Hg., y durante el estrés físico hasta 30 mm Hg. (Grossman, 1989).

Por otro lado las principales causas que pueden originar la hipertensión secundaria de acuerdo a la OMS (1996) son:

- La ingesta de medicamentos o sustancias exógenas (por ejemplo, anticonceptivos hormonales, corticoesteroides y cocaína).
- Trastornos renales (por ejemplo, enfermedad del parénquima renal, glomerulonefritis aguda y nefropatía diabética).
- Trastornos endocrinos (por ejemplo, hipotiroidismo, hipertiroidismo e hipercalcemia).

- Coartación de la aorta y aortitis.
- Embarazo.
- Trastornos neurológicos (por ejemplo, aumento de la presión intracraneal, tumor cerebral y encefalitis).
- Provocada quirúrgicamente (hipertensión perioperatoria).

Cabe mencionar que la presencia de todos estos factores de riesgo de hipertensión son importantes de considerar tanto en el diagnóstico como en su tratamiento a fin de un adecuado control de las cifras de presión arterial.

II. ANSIEDAD

2.1 DEFINICIÓN

Autores como Spielberger (1972), define a la ansiedad como un estado emocional que consiste en sentimientos de aprehensión y tensión, además de una actividad incrementada del Sistema Nervioso Autónomo. Propone que existen dos tipos de ansiedad:

- 1 *La ansiedad de estado* es conceptualizada como un estado emocional transitorio o condición de la persona que varía en intensidad y fluctúa con el tiempo. Esta puede ser mayor bajo circunstancias en las que el individuo las perciba como peligrosas.
- 2 *La ansiedad de rasgo* se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la predisposición a la ansiedad, es decir, diferencias en la disposición de percibir un rango de situaciones como peligrosos o amenazantes y la tendencia a responder a ellas con estados ansiosos.

2.2 SÍNTOMAS

Las manifestaciones sintomáticas de la ansiedad suelen ser muy variadas, sin embargo se han clasificado en diferentes categorías (Rojas, 1989):

- *Físicos:* Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- *Psicológicos:* Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio.
- *Conductuales:* Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- *Cognitivos:* Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

- *Sociales:* Irritabilidad, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

2.3 TÉCNICAS PSICOLÓGICAS PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD

• *Relajación Muscular Progresiva*

Una de las técnicas empleadas para el manejo de la ansiedad en programas cognitivo-conductuales es la relajación muscular progresiva, la cual constituye un conjunto de procedimientos de intervención útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, sino también en el de la psicología aplicada en general. Su desarrollo histórico es relativamente reciente, dado que tiene sus orígenes formales en los primeros años de nuestro siglo.

La aplicación de esta técnica conlleva generalmente, a la reducción del nivel general de activación del organismo, por lo que a través de la misma se puede modificar un patrón complejo de respuestas que incluye la desaceleración de la tasa cardíaca, la regulación del ritmo respiratorio y la disminución de la presión arterial como uno más de sus componentes.

De acuerdo a Latorre (1992), la investigación ha demostrado la eficacia de los procedimientos de la relajación muscular progresiva en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la ansiedad como la hipertensión arterial.

Mediante estas técnicas de relajación se han conseguido reducciones de 10-20 mm Hg. para la presión sistólica, y de 5-10 mm Hg. para la presión diastólica. Es preciso tener en cuenta que para conseguir esas reducciones (ciertamente moderadas aunque significativas) de la presión arterial la enseñanza de la relajación debe cumplir los siguientes objetivos (Amigo y Buceta, 1990):

- Entrenamiento de la técnica en vivo.
- Que el paciente practique constantemente la técnica.
- Que utilice regularmente la relajación como habilidad para manejar adecuadamente las situaciones de tensión psicológica.

Berstein, y Borkovek (1983) mencionan que el entrenamiento en relajación muscular progresiva consiste en una actividad de tensión y relajación sistemática de varios grupos musculares, para discriminar las sensaciones resultantes de estos estados que conduzcan a eliminar contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este consiste inicialmente en la presentación de la relajación progresiva, a través de una explicación de los grupos musculares para el desarrollo de las sesiones. empieza con dieciséis grupos, los cuales deben concordar con los procedimientos de tensión muscular que son:

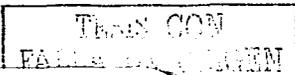
1. Mano y antebrazo dominante.
2. Biceps dominante.
3. Mano y antebrazo no dominante.
4. Biceps no dominante.
5. Frente.
6. Parte superior de las mejillas y nariz.
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas.
8. Cuello y garganta.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda.
10. Región abdominal y estomacal.
11. Muslo dominante.
12. Pantorrilla dominante.
13. Pie dominante.
14. Muslo no dominante.
15. Pantorrilla no dominante.
16. Pie no dominante.

Existe una sucesión de hechos que deben cumplirse con respecto a cada grupo de músculos, que consiste en lo siguiente:

1. La atención de la persona debe focalizarse en el grupo de músculos.
2. Una señal predeterminada del terapeuta se tensa el grupo muscular.
3. La tensión se mantiene durante un periodo de 5-7 segundos (esta duración en más corta en el caso de los pies).
4. A una indicación predeterminada se relaja el grupo de músculos.
5. La atención de la persona se mantiene sobre el grupo de músculos relajados.

Cada uno de los dieciséis grupos de músculos es tensado y relajado dos veces, pero antes de pasar al siguiente grupo de músculos, se debe asegurar que se ha conseguido la relajación local profunda, se puede asegurar a través de una señal con el dedo índice de que cada grupo muscular está relajado. Además existen varios indicios no verbales obvios para observar el estado de relajación como: movimientos en el sillón, respiración lenta y regular, abrir a menudo los ojos, intentar hablar con el terapeuta o manifestar otras conductas de no relajación.

Una vez señalado la relajación en los dieciséis grupos de músculos, el terapeuta debe realizar una evaluación. Debe dar un repaso a los músculos que han sido relajados y una instrucción para que continúen relajándose. Cuando el terapeuta está seguro de que no existe tensión residual en alguna parte del cuerpo, la sesión se puede dar por terminada. Se debe informar a la persona que se contará hacia atrás, de cuatro a uno, al decir cuatro se debe empezar a mover las piernas y pies; al decir tres mover brazos y manos; al decir dos, mover las cabezas y el cuello; al decir uno el cliente debe abrir los ojos.



En el entrenamiento en relajación progresiva es importante lo que dice el terapeuta y la forma en que lo dice. Características del volumen y la inflexión de la voz tienen vital importancia en la adecuada presentación de estos procedimientos.

El terapeuta debe empezar la primera sesión de relajación con un tono de conversación, es decir, al mismo nivel de volumen que el empleado en la exposición de la presentación. En el curso de la primera sesión la voz del terapeuta debe mostrar una reducción progresiva de volumen, consistente con el incremento progresivo de la relajación del cliente.

La voz del terapeuta debe ser distinta durante las instrucciones de tensar los músculos que durante las sugerencias indirectas de relajación y centrar la atención; en el orden de tensar debe aumentar el volumen, velocidad y tensión.

Una vez que la persona es capaz de conseguir la relajación profunda con los ciclos tensión-distensión en los dieciséis grupos de músculos el terapeuta puede empezar a introducir una serie de procedimientos destinados a disminuir la cantidad de tiempo y esfuerzo necesarios para conseguir la relajación profunda. Puede ser mediante la reducción de los grupos musculares a siete o cuatro incluidos en la relajación (ver tabla 2), posteriormente se introducirá un procedimiento como evocación. En la evocación la tensión actual de los músculos es eliminada y la persona aprende a recordar las sensaciones asociadas con la tensión y la distensión. Tras dominar el procedimiento de evocación la relajación empieza a extenderse por todo el cuerpo más que en grupos específicos de músculos.

Tabla 2. Se presentan las divisiones de los grupos musculares para la Relajación Muscular Progresiva por 7 y 4 respectivamente

7 GRUPOS MUSCULARES	4 GRUPOS MUSCULARES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Brazo dominante (mano, antebrazo, brazo). 2. Brazo no dominante. 3. Cara (frente, ojos y nariz, mejillas y mandíbulas). 4. Cuello. 5. Tronco (hombros, pecho, espalda y abdomen). 6. Pierna dominante (muslo, pantorrilla y pie) 7. Pierna no dominante. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambos brazos. 2. Cara y cuello. 3. Tronco. 4. Ambas piernas.

Por último la persona puede conseguir la relajación profunda por el uso de un procedimiento de recuento que no requiere tensión muscular ni procedimientos de evocación. Esto permite a la persona emplear la técnica de relajación en todas partes y en cualquier situación molesta.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Así como también se ha encontrado que facilita la reducción de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo llegar a tener el mismo efecto que un fármaco el cual actúe reduciendo la ansiedad y el estrés. Esta técnica esta basada en la premisa de que la respuesta del organismo a la ansiedad provoca pensamientos y actos que comportan tensión muscular, misma que aumenta la sensación subjetiva de ansiedad estableciendo un círculo vicioso. La RMP profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: el hábito de responder de una forma ante una situación determinada puede anular el hábito de responder de otra (Vidal, 1990; Calvete y Sampedro, 1991; y Flores, 1998).

Por otra parte, casi siempre resulta insuficiente un entrenamiento en relación; hace falta enseñar al paciente la habilidad necesaria para enfrentarse mejor con sus conflictos (Caballo, 1991). Una técnica que podría ayudar al paciente a hacer frente a los momentos o situaciones que específicamente le producen ansiedad, es el de entrenamiento asertivo.

• *Entrenamiento Asertivo*

Otra de las técnicas que han sido utilizadas para el manejo de la ansiedad, es el entrenamiento asertivo se ha conceptualizado como una habilidad social y la carencia de ella, es una deficiencia personal que puede ser remediada por el entrenamiento de habilidades específicas. En psicología el concepto de asertividad originalmente surge en Estados Unidos en el contexto clínico a fines de la década de 1940 y principios de 1950.

En el desarrollo histórico se remonta a los escritos de Andrew Salter (1949), en su libro "*Conditioned Reflex Therapy*", donde describe las primeras formas de asertividad. Más tarde, a Wolpe (1958) se le señala como el responsable del desarrollo del concepto de asertividad que se utiliza con mayor frecuencia.

El enfoque conductual que desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura (1969) plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de los modelos significativos. También surgió el enfoque cognoscitivo, representado por Lange y Jakubowski, (1969), estos sostienen la necesidad de la incorporación de cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad; ayudar a identificar y a aceptar sus propios derechos y los derechos de los demás; reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos (Flores, 1994).

Aguiar (2000) define la asertividad como la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y que tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario.

La asertividad puede beneficiar a la persona de dos formas significativas, en primer lugar se considera que el comportarse de manera más asertiva inspirará un mayor sentimiento de bienestar y en un segundo lugar, la persona será capaz de lograr recompensas sociales así como materiales obteniendo así mayor satisfacción de la vida. Por lo que se considera que

la respuesta asertiva es muy similar a la relajación muscular profunda, en cuanto a su capacidad para inhibir recíprocamente la ansiedad (Ladoucer, Fontaine y Cottrauy, 1994).

El mensaje básico de la aserción es: "esto es lo que yo pienso"; así es como yo veo la situación. El mensaje expresa quién es la persona y se dice sin dominar, humillar o de gradar al otro individuo. El objetivo de la aserción es la comunicación y el tener y conseguir respeto.

La conducta asertiva no está planeada principalmente para permitir a un individuo obtener lo que él/ella quiere. Hay ciertas situaciones en que la conducta asertiva es apropiada y deseable, pero puede causar alguna molestia a otra persona.

Por ejemplo devolver una mercancía o producto defectuoso al dependiente de una tienda de una manera asertiva, puede no ser recibido de una manera agradable.

Aún cuando la asertividad es una capacidad de expresión de manera apropiada y responsable, el comportamiento asertivo debe ser apropiado a su contexto, para ello se tiene que tomar en cuenta diez cualidades que son importantes en el comportamiento asertivo, las cuales son: expresivo, respetuosos de los derechos de los demás, honesto, directo y firme, igualitario (que beneficia a la persona y a la relación), verbal incluyendo el contenido del mensaje (sentimientos, derechos, opiniones, hechos, peticiones, límites), no verbal, incluyendo el estilo del mensaje (contacto visual, voz, postura, expresión facial, gestos, distancia, oportunidad, fluidez, atención), apropiado a la persona y a la situación (no universal), socialmente responsable y aprendido, no innato (Alberti y Emmons, 1999).

Componentes y Dimensiones de la Conducta Asertiva.

Existen varios componentes que contribuyen a lograr un comportamiento asertivo, estos se dividen en componentes no verbales, componentes paralingüísticos y componentes verbales (Castanyer, 2002).

Dentro de los componentes no verbales se encuentran:

- *Contacto visual:* uno de los aspectos más obvios del comportamiento al hablar con otra persona hacia donde dirigimos la mirada, el hablar mirando a los ojos de la otra persona ayuda a comunicar sinceridad y aumentar la precisión del mensaje, si se fija la vista en el piso o cualquier otro lugar, se está demostrando inseguridad o falta de respeto. Por el contrario si se mira a la otra persona fija o insistentemente provocará que se sienta molesta o invadida. Esto es el contacto visual no se debe de exagerar, una mirada relajada y directa desviada en las ocasiones apropiadas, ayuda a que la conversación sea más personal, a mostrar interés y respeto por la otra persona y a precisar el mensaje.
- *Postura corporal:* Existen una infinidad de posturas corporales y expresiones faciales que se pueden adoptar. De preferencia se deben evitar aquellas como: retorcer la mano, apretar la mano de la otra persona, apretar a la otra persona por los hombros, cubrir la boca con la mano, hacer gestos nerviosos que distraigan a la otra persona de lo que se

está diciendo o adoptar una postura petrificada. De lo que se trata es de aprender a adoptar posiciones corporales y expresiones faciales que correspondan con los sentimientos y mensajes que se estén tratando de comunicar. Por ejemplo, expresar ternura no corresponde con una postura rígida o cuando es necesario manifestar firmeza, tener una posición corporal encorvada y pasiva lo que brinda es una ventaja inmediata a la otra persona (Jurado, 1997).

- ***Distancia y contacto físico:*** La distancia que se guarda al conversar ejerce un efecto considerable en la comunicación, sentirse o pararse demasiado cerca y tocarse sugiere una intimidad en una relación, a menos de que las personas formen parte de una multitud o se encuentren en un lugar muy reducido. Un ejemplo clásico de cercanía excesiva sería en un elevador, transporte, etc. Por lo que se recomienda determinar cuál es el espacio corporal, si se acerca o se aleja de una persona mientras se habla con ella, tomar en cuenta que dicha distancia varía dependiendo de la persona.
- ***Expresión facial:*** Una comunicación eficaz, requiere una expresión congruente; un mensaje de ira es más impactante cuando va acompañado de una expresión facial seria y firme. Por el contrario un mensaje amistoso no puede ser expresado frunciendo el ceño. Se debe permitir que la cara exprese lo mismo que comunica.

En lo que respecta a los componentes paralingüísticos se ubican:

- ***Tono de voz inflexión y volumen:*** La forma de utilizar la voz es vital para la comunicación. Una voz bien modulada y severa puede convencer sin intimidar, por otra parte elevar demasiado la voz hará que la otra persona se ponga a la defensiva. Se debe evitar el tono suave, balbuceante y lleno de pausas, con tosidos frecuentes manteniendo un volumen de voz, tono e inflexión moderados.
- ***Fluidez:*** Hablar con fluidez es un instrumento valiosos para comunicar los pensamientos con eficacia en cualquier conversación. No es necesario hablar rápidamente por largo tiempo, pero si existen varias pausa en la conversación es posible aburrir a los escuchas y dar a la impresión de no estar seguros de sí mismos. Un comentario preciso y lento se entiende mejor y es más eficaz que un estilo apresurado, errático y lleno de pausas.
- ***Claridad y Velocidad:*** El emisor de un mensaje asertivo debe de hablar con una claridad tal, que el receptor pueda comprender el mensaje sin tener que sobreinterpretar o recurrir a otras señales alternativas. La velocidad no debe ser ni muy lenta ni muy rápida en un contexto comunicativo normal, ya que ambas anomalías pueden distorsionar la comunicación (Castanyer, 2002).

Separando el área no verbal, hay que tomar en cuenta que el habla se emplea para una variedad de propósitos: comunicar ideas, describir sentimientos, razonar, argumentar.. Las palabras que se empleen cada vez dependerán de la situación en la que se encuentre la persona, su papel en esa situación y lo que está intentado conseguir.

Investigaciones en este campo han encontrado una serie de elementos del contenido verbal que diferencian a las personas asertivas de las que no lo son: utilización de temas de interés, interés por uno mismo, expresión emocional, etc. Asimismo se ha encontrado que la condescendencia y las expresiones de afecto positivo ocurren con mayor frecuencia en personas socialmente habilidosas.

La conversación es el instrumento verbal por excelencia del que nos servimos para transmitir información y mantener unas relaciones sociales adecuadas. Implica un grado de integración compleja entre las señales verbales y las no verbales, tanto emitidas como recibidas. Elementos importantes de toda conversación son:

- *Duración del habla:* La duración del habla está directamente relacionada con la asertividad, la capacidad de enfrentarse a situaciones y el nivel de ansiedad social. En líneas generales, a mayor duración del habla, más asertiva se puede considerar la persona, si bien, en ocasiones, el hablar durante mucho rato puede ser un indicativo de excesiva ansiedad. De hecho, hay personas a las que les resulta más fácil hablar que tener que escuchar.
- *Retroalimentación (feedback):* Cuando alguien está hablando, necesita información intermitente y regular de cómo están reaccionando los demás, de modo que pueda modificar sus verbalizaciones en función de ello. Necesita saber si los que le escuchan le comprenden, le creen, están sorprendidos, aburridos, etc. Los errores más frecuentes en el empleo de la retroalimentación consisten en dar poca y no hacer preguntas y comentarios directamente relacionados con la otra persona. Una retroalimentación asertiva consistirá en un intercambio mutuo de señales de atención y comprensión, dependiendo, claro está, del tema de conversación y de los propósitos de la misma.
- *Preguntas:* Son esenciales para mantener la conversación, obtener información y mostrar interés por lo que la otra persona está diciendo. El no utilizar preguntas puede provocar cortes en la conversación y una sensación de desinterés (Castanyer, 2002).

La asertividad se compone de una serie de conductas que se dirigen a una variedad de personas en unos contextos determinados. El comportarse adecuadamente en una situación no implica que suceda lo mismo en una situación diferente. Se han propuesto toda una serie de clases de conducta o dimensiones de la asertividad. Dependiendo de las distintas investigaciones, las clases de conducta han sufrido variaciones.

Sin embargo, se pueden señalar un conjunto de dimensiones que se han encontrado frecuentemente en investigación. (por ejemplo Caballo y Buela, 1989; Caballo y Ortega, 1989; Caballo y De la Fuente, 1991¹), esas dimensiones pueden concretarse en las siguientes:

¹ Para Caballo el comportamiento asertivo y la conducta socialmente habilidosa, así como las expresiones de comportamiento asertivo y el entrenamiento en habilidades sociales los emplea de una forma sinónima (Discusión más amplia sobre este tema, ver Caballo 1991).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Iniciar y mantener conversaciones.
2. Hablar en público.
3. Expresión de amor, agrado y afecto.
4. Defensa de los propios derechos.
5. Pedir favores.
6. Rechazar peticiones.
7. Hacer cumplidos.
8. Aceptar cumplidos.
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Petición de cambios en la conducta del otro.
13. Afrontamiento de las críticas (Simón, 1993).

Características De Las Conductas No Asertivas (Pasiva y Agresiva)

La *conducta pasiva* se caracteriza por la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente los sentimientos, pensamientos, opiniones y por consiguiente permitiendo a los demás que violen los sentimientos, o bien por la expresión de los sentimientos y pensamientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacer caso.

El mensaje total que se comunica es "yo no cuento"; mis pensamientos no son importantes, tú eres superior.

El objetivo del comportamiento pasivo es el de apaciguar a los demás y de evitar conflictos a toda costa. Incluso aunque la pasividad ponga en riesgo su propia integridad, la consecuencia inmediata de permitir a los individuos evitar o escapar de los conflictos productores de la ansiedad.

Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. Es en este punto, cuando la cantidad de molestia o ira que se expresa no guarda a menudo una proporción con la situación real que la ha propiciado.

La gente que normalmente se comporta de una manera pasiva puede conducir a sentimientos de ira, culpa, ansiedad, depresión y baja autoestima, así como también puede desarrollar quejas psicósomáticas tales como dolores de cabeza y úlceras de diversos tipos, debido a la supresión de sentimientos reprimidos.

Además tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativo, sentimientos de inferioridad, una tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con los otros, una tendencia a ser excesivamente solícito del apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva (Aguilar, 2000) (ver tabla 3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3. Características de una persona no-assertiva.

<p>II. Comportamiento Externo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen de voz bajo/ habla poco fluida/ bloqueos/ tartamudeos/ vacilaciones/ silencios/ muletillas. • Huida del contacto ocular/ mirada baja/ cara tensa/ dientes apretados o labios temblorosos/ manos nerviosas/ morderse las uñas/ postura tensa, incómoda. • Inseguridad para saber qué hacer y decir. • Frecuentes quejas de terceros ("X no me comprende", "Y es un egoísta y se aprovecha de mí".....)
<p>III. Patrones de Pensamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consideran que así evitan molestar u ofender a los demás. Son personas "sacrificadas". • "Lo que yo sienta, piense o desee, no importa. Importa lo que tú sientas, pienses o desees". • "Es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo. • Constante sensación de ser incomprendido, manipulado, no tenido en cuenta.
<p>III. Sentimientos / Emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia / mucha energía mental, poca externa/ frecuentes sentimientos de culpabilidad/ baja autoestima/ deshonestidad emocional (pueden sentirse agresivos, hostiles, etc. Pero no lo manifiestan y a veces, no lo reconocer ni antes sí mismos) / ansiedad/ frustración.

Las principales consecuencias que, a la larga, tiene la conducta no-assertiva en la persona que la realiza, es la pérdida de la autoestima, pérdida del aprecio de las demás personas (a veces), falta de respeto de los demás. Las personas no-assertivas presentan a veces problemas somáticos (es una forma de manifestar las grandes tensiones que sufren por no exteriorizar su opinión ni sus preferencias (Castanyer, 2002).

Por otra parte, la *conducta agresiva* se puede confundir con la asertividad, pero está difiere en que la expresión de los derechos, opiniones, sentimientos y pensamientos lo hacen de una manera inapropiada, y siempre viola los derechos de las demás personas.

La conducta agresiva en una situación puede ser de una manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles y humillantes. La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas.

La victoria se asegura por medio de la humillación, la degradación, el minimizar o dominar a las demás personas de modo que lleguen a volverse más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Dicha conducta es considerada a menudo como una conducta ambiciosa, puesto que se intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, apartando a un lado a la gente y a otros obstáculos en el proceso. Tiene como resultado, a corto plazo, a veces consecuencias favorables así como también desfavorables. Resultados positivos inmediatos incluyen la expresión emocional, un sentimiento de poder y el conseguir objetivos y necesidades sin experimentar reacciones negativas directas de los demás (Aguilar, 2000)(Ver tabla 4).

Tabla 4. Características de la conducta de una persona agresiva.

II. Comportamiento Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen de voz elevado/ a veces habla poco fluida por ser demasiado precipitada/ habla tajante/ interrupciones/ utilización de insultos y amenazas. • Contacto ocular retador/ cara tensa/ manos tensas/ postura que invade el espacio de otro. • Tendencia al contraataque.
III. Patrones de Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • " Ahora sólo yo importo. Lo que tú pienses o sientas no me interesa". • Piensan que si no se comportan de esta forma, son excesivamente vulnerables. • Lo sitúan todo en términos de ganar o perder. • Pueden darse creencias: "hay gente mala y vil que merece ser castigada" y/o " es horrible que las cosas no salgan como a mí me gustaría que saliesen".
III. Sentimientos / Emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad creciente / soledad/ sensación de incompreensión/ culpa/ frustración/ baja autoestima/ sensación de falta de control /enfadado cada vez más constante y que se extiende cada vez más a personas y situaciones/ honestidad emocional: expresan lo que sienten y no engañan a nadie.

Derechos Asertivos

De acuerdo a Ellis (1998) la aceptación de los *derechos humanos* básicos es también un requisito básico para el establecimiento de la una filosofía asertiva, y provienen de la idea de que todos somos iguales, en sentido moral y que nos tienen que tratar como tales. algunos de ellos son:

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa y asertiva —incluso si la otra persona se siente herida— mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7. El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no).
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir que hacer con tu propio cuerpo.
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores – y ser responsables de ellos.
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses –siempre que no violes los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos.
21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas.
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.

Un derecho humano básico en el contexto de la asertividad es algo que todo el mundo tiene derecho a ser, tener o hacer en virtud de su existencia como seres humanos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los individuos, que resulta adaptativa pues ya que pone al individuo en estado de alerta ante una posible amenaza. Esta reacción de alarma implica una reacción de activación fisiológica, en la que estarán implicadas muchas respuestas del sistema nervioso autónomo (vísceras, piel, etc.), del sistema nervioso motor (músculos voluntarios e involuntarios) y de otros sistemas.

Muchas veces la ansiedad se vive como una experiencia desagradable (por eso se le llama emoción negativa) especialmente cuando alcanza una intensidad elevada, que se refleja en fuertes cambios somáticos, algunos de los cuales son percibidos por el individuo.

La alta intensidad de esos cambios corporales, la falta de control sobre las respuestas del sistema nervioso autónomo (tasa cardiaca, sudoración, rubor, respuestas gástricas, dificultades respiratorias, etc.), así como la falta de información, pueden llevar a algunos individuos a una sensación de miedo e incluso pánico, por la reacción que se está produciendo en su organismo. Situación que provoca una activación fisiológica, y por lo tanto, un mayor incremento de las respuestas fisiológicas.

En los últimos años se ha planteado la relación existente entre las reacciones fisiológicas y los desórdenes emocionales con la presión arterial. Mostrando distintos estudios cómo los pacientes hipertensos están caracterizados por una respuesta de ansiedad más alta que los pacientes normotensos (Tobal y Casado, 1994).

Es así como, de una extensa lista de variables psicológicas, se ha encontrado que sólo, la ansiedad, el enojo y la hostilidad reprimida han demostrado de manera consistente una relación estrecha con las cifras de presión altas. También se ha encontrado que el incremento de los niveles de éstas pueden ser identificados en la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial esencial (Stainbrook, 1988).

En un estudio realizado por Heine (1985) se reportó que las alteraciones psicológicas de larga duración producen incrementos de la presión arterial, es decir, que los niveles de ansiedad y activación fisiológica se correlacionan con los niveles de presión arterial.

Es así como, Jacobson (1939) menciona que la ansiedad y la tensión pueden desarrollar o mantener las cifras de tensión altas. Su punto de vista parte de la hipótesis que la tensión del músculo esquelético y de las fibras del músculo liso en camias de arterias vasculares pueden estar involucradas en la regulación de la presión sanguínea. Sugiere que el incremento y el decremento en la tensión del músculo esquelético puede estar relacionado con la constricción y la dilatación de arterias y arteriolas y estos con los cambios en la resistencia periférica y la presión sanguínea.

Un estudio realizado por Benson (1977), cuyo objetivo fue identificar la respuesta de la relajación en la presión sanguínea a través de la meditación; se realizó en tres etapas: en la primera donde el entrenamiento consistió en sesiones de meditación de 20 minutos dos veces al día, se encontró que los sujetos disminuyeron su presión sistólica en -7 mm Hg. y la diastólica en -4 mm Hg. al término de los 6 meses de entrenamiento.

En la segunda se hizo un alto en la meditación a las 6 semanas y no se encontraron cambios. Y en una tercera etapa utilizando un grupo control, se reportaron reducciones de - 15 mm Hg. en la presión sistólica y - 10 mm Hg. en la diastólica en el grupo experimental.

Por otra parte Irvine, Garner, Olmsted y Logan, (1989), compararon los niveles de ansiedad, neuroticismo y enojo en 4 grupos. I-. Hipertensos diagnosticados (n= 80), II- Normotensos (n=80), III-. Hipertensos no diagnosticados (n=82) y IV-. Normotensos (n=82). Se encontraron diferencias significativas entre el grupo I y II en los niveles de neuroticismo, ansiedad estado y rasgo, y enojo. Lo cual apoya la idea antes citada sobre la participación de la ansiedad en la HTA. Sin embargo, el estudio proporciona datos aún más interesantes, se reportaron diferencias significativas entre el grupo I y III en las variables de neuroticismo, ansiedad estado y rasgo.

A partir de esta evidencia es que surge una segunda posible explicación acerca del papel de la ansiedad dentro del fenómeno de la HTA, a saber, la ansiedad como un efecto del diagnóstico de hipertensión, es decir, que la ansiedad participa en el mantenimiento y en el desarrollo de la hipertensión arterial o en la elevación temporal de las cifras de tensión arterial y que ciertamente con el tiempo incrementa la posibilidad de desarrollar una HTA establecida al sumarse con otro (s) factores de riesgo.

Por otro lado, en un experimento clínico con Afroamericanos (con una media de edad de 66 años), donde los objetivos eran la reducción de las cifras de presión arterial (sistólica y diastólica) y la efectividad de las técnicas en el tratamiento de la hipertensión arterial primaria o esencial, se crearon tres grupos: el grupo 1 recibió meditación trascendental, el grupo 2 relajación muscular progresiva, y el grupo 3 actividades de autocuidado (no especificadas por el autor). En un intervalo de 3 meses, los resultados arrojaron que la presión sanguínea sistólica y diastólica disminuyeron 10.6 y 5.9 mm Hg. respectivamente en el grupo de Meditación Trascendental, y 4 y 2.4 mm Hg. en el grupo donde se empleo la relajación muscular progresiva, el grupo que solamente llevó a cabo las actividades de autocuidado no se encontraron cambios. (Schneider, Staggers, Alexander, Sheppard, Rainforth y Kodwani, 1995).

De esta forma, se apoya la idea sobre la influencia que tiene la ansiedad sobre la elevación de las cifras tensionales y naturalmente, su participación dentro del fenómeno de la hipertensión. Sin embargo, no está clara la forma en la que participa. Una de las explicaciones considera a la ansiedad y a otras variables psicológicas como un rasgo de personalidad característico del paciente hipertenso.

Al realizar un trabajo preliminar (estudio piloto) con pacientes hipertensos primarios o esenciales de la tercera edad. En donde se combino la psicoterapia de grupo con relajación durante 8 semanas, se pudo observar que hubo disminución de las cifras tensionales, tanto en la presión arterial sistólica como en la diastólica; estos resultados se mantuvieron al ser reevaluados los pacientes a los 15 días después de haber concluido el tratamiento, lo que evidencia la efectividad de la combinación de ambas técnicas de tratamiento para el control de la hipertensión en personas de la tercera edad (López, 1996).

Peña (1992) realizó una investigación con el objetivo de ver la utilidad de la técnica de relajación muscular progresiva en un programa de seguimiento en la cual conformo dos grupos, experimental y control con pacientes hipertensos de diferentes grados. Al año de tratamiento, se logró controlar la totalidad del grupo experimental (100 %) hubo reducción en la ansiedad, en medicamentos y en las visitas al médico de guardia; no sucedió así con el grupo control, donde solamente hubo mejoría en el 36,8 % de los pacientes. La autora concluyó que la técnica de relajación debía incluirse no sólo en la terapéutica del hipertenso, sino incorporarla como método no farmacológico en los programas de rehabilitación y de seguimiento en el tratamiento de todo paciente hipertenso.

Fodor (1993) trató de demostrar la eficacia de 3 estrategias de intervención usadas para el control de la hipertensión. Estas fueron las siguientes: restricción en la ingestión de alcohol, restricción de peso, ejercicios físicos, reducción en la ingestión de sal, manejo de la ansiedad con relajación, incremento en la ingestión de potasio y calcio, y la combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico. Sin embargo, en las conclusiones de este estudio no se precisa como recomendación el uso del manejo de la ansiedad y la relajación como parte del tratamiento para la reducción de la hipertensión, por no tener el autor conclusiones definitivas.

Al igual que en otras investigaciones citadas en el presente trabajo, no se presentan resultados de la disminución de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica en los pacientes, debido a que son omitidos por los autores.

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo con 43 pacientes con hipertensión primaria o esencial (García-Vera, Labrador y Sanz, 1996), veintidós fueron asignados a una condición de control consistente en el autoregistro de la presión arterial y los restantes a un programa de entrenamiento en control del estrés que también incluía autoregistro de la presión arterial, este programa se componía de información, entrenamiento en relajación muscular progresiva y solución de problemas. El programa se llevó a cabo en siete sesiones de hora y media de duración cada una, las cuales se desarrollaron a lo largo de dos meses a razón de una sesión por semana, excepto las dos últimas que tuvieron lugar con dos semanas de intervalo entre ellas. Para evaluar la eficacia del tratamiento se tomaron antes y después del mismo tres lecturas clínicas de presión arterial, las cuales fueron realizadas por una enfermera. Al final del tratamiento, los pacientes que recibieron el entrenamiento habían reducido significativamente tanto su presión sistólica (17 mm Hg.) como diastólica (13 mm Hg.), y estas reducciones eran estadísticamente superiores a las presentadas por los pacientes de la condición control (reducciones de 6.9/4.7 mm Hg. para los valores sistólicos y diastólicos, respectivamente). Los resultados reafirman la eficacia del entrenamiento, ya que, tras su aplicación y en comparación con la condición de control, hubo un mayor porcentaje de pacientes que redujeron significativamente su presión arterial (91% para la presión sistólica y 77% para la diastólica) y, además, hubo también un mayor porcentaje de pacientes que pasaron de manera fiable de la hipertensión a la normotensión (59% tanto para la presión sistólica como para la diastólica).

Por su parte Lollis (2000), menciona que los programas destinados a modificar conductas como los que enseñan a controlar la ira y las sesiones de meditación tienen un impacto positivo en la presión arterial, tal es el caso de un programa para la modificación de conductas y estilo de vida, llamado "Educación para la Salud, Control del Estrés y la Ira (HEADSMART)" donde participaron 84 sujetos durante 13 semanas, que redujeron un promedio de 12 mm Hg. su presión arterial sistólica, mientras que la diastólica de 7 a 8 mm Hg.

Chodzinski (2000) también reporta un estudio, con el propósito de explorar el efecto de la respiración rítmica sobre la presión sanguínea, con 6 mujeres blancas hipertensas, con un promedio de edad de 51 años (30-60 años), con un peso promedio de 73.6 Kgr., de las cuales 5 se encontraban en tratamiento farmacológico y 4 pacientes reportaban la realización de ejercicio de manera regular. Se encontró un decremento significativo del promedio de presión arterial de -6.7 mm Hg. en la presión sistólica ($t=2.5$, $p=.054$) y para la presión diastólica de -3.4 mm Hg. ($t=3.76$, $p=.186$).

Por otro lado se encontró que en un programa de 13 sesiones, con 25 pacientes hipertensos para obtener varios objetivos: la reducción de los niveles de ansiedad, la mejora sobre el control y expresión de la ira, la reducción de la tensión psicológica producida por los problemas cotidianos, la mejora de hábitos que inciden sobre la salud y en especial sobre la presión arterial, y por último, la reducción de los niveles de presión arterial. Dicho programa incluyó las siguientes técnicas: relajación muscular progresiva, respiración abdominal, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en control de ira y entrenamiento en asertividad. Los resultados mostraron una reducción significativa de los niveles de ansiedad, así como una mejora en la expresión de la ira, manteniendo mejor los niveles basales de presión sistólica tras pasar por una tarea estresante, siendo por tanto este tipo de programas beneficiosos para pacientes con problemas crónicos de hipertensión arterial (Camuñas, Pérez, e Iruarizaga, 2000).

De acuerdo a (Austin, 2001), la reducción del estrés está asociado significativamente al decremento de la presión arterial en pacientes con hipertensión. En la investigación los psicólogos dieron 10 horas de instrucción para el manejo del estrés en 60 pacientes hipertensos, a través de técnicas como discusión de problemas personales, manejo de la ansiedad, instrucción y reducción del comportamiento hostil y entrenamiento en biofeedback (temperatura del dedo). Estas técnicas fueron adaptadas las necesidades de cada paciente determinadas por los psicólogos y solo 36 pacientes completaron su entrenamiento. El promedio total de cambio en la presión arterial fue de -11 mm Hg. para la sistólica y -8 mm Hg. para la diastólica, después de 6 meses de seguimiento.

En un programa multidisciplinario para el control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo II e hipertensión arterial, se encontró que el 95% de los pacientes controló la presión arterial sistólica y el 93% la diastólica.; teniendo en cuenta que la intervención psicológica sólo se aplicó al grupo experimental (que incluyó relajación, terapia racional emotiva, así como autovaloración, autocastigo, autorrefuerzo, en el logro de la conducta de autocontrol). Por lo que en el grupo experimental se puede atribuir la disminución de las cifras de presión arterial a la intervención psicológica, con un diferencia de -10 mm Hg. en tanto que en el control fue de -8 mm Hg en la sistólica y en la diastólica de -10 en la

experimental y de -2 en el control que no es significativo (Jáuregui, De la Torre y Gómez, 2002).

En una investigación realizada por Mias (2002) teniendo como objetivo la reducción de la presión arterial y de la ansiedad (en el caso de demostrar que guarda una relación funcional con la hipertensión), con una muestra accidental conformada por 3 sujetos con diagnóstico de hipertensión arterial primaria o esencial, que tuvieran entre 30-60 días de tratamiento farmacológico. El tiempo total promedio de horas trabajadas fue de 18, distribuidas entre 3-4 meses de trabajo. Las técnicas que se emplearon fueron: reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, técnicas de autocontrol y resolución de problemas. En donde se encontró que las cifras de presión arterial se controlaron, en cambio, en los niveles de ansiedad no se presentaron cambios, por lo cual el autor menciona que tal pareciera que no existe una relación funcional entre el incremento de las cifras de presión arterial y los niveles de ansiedad.

En un programa de intervención cuyo objetivo fue la disminución de la tensión arterial en mujeres menopáusicas, mediante el manejo de la ansiedad, el control y expresión de la ira, así como la modificación de hábitos de vida. La muestra estuvo formada por 10 mujeres menopáusicas con edades comprendidas entre los 46 y 57 años (N= 51), todas presentaban altos niveles de sobrepeso y estaban diagnosticadas con hipertensión arterial esencial. Dicho programa constó de 15 sesiones de una hora y media, este constaba de 4 fases (evaluación, tratamiento, post-evaluación y seguimiento), en donde, en la fase de tratamiento se empleó la relajación muscular progresiva, entrenamiento en solución de problemas y control de la ira. Encontrándose que la ansiedad es la variable en la que existen mayores diferencias significativas (pre-post tratamiento) ($p= 0.005$); también se encontró una disminución de los niveles de mejora sobre el control y expresión de la ira, así como la modificación de hábitos saludables. En cuanto a la tensión arterial, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (sistólica y diastólica) entre la evaluación pre y post tratamiento, en este sentido cabe destacar que seis de las participantes, durante el desarrollo del programa se le suspendió la medicación antihipertensiva por prescripción médica (Camuñas, García, Vivas, Morales y Aranda, 2001).

Como se puede observar en la Tabla 5 los datos empíricos de la literatura revisada por Jacob, R.G.; Chesney, M.A.; Williams, D.M.; Yijun Ding, B.S.; y Shapiro, A.P. (1991) sugieren que el tratamiento cognitivo-conductual más eficaz contra la hipertensión es mixto. La importancia de esta línea de investigación viene respaldada por estudios que señalan una relación entre niveles altos de ansiedad y un aumento en el riesgo de la hipertensión, al menos en los varones de mediana edad.

Tabla 5. Reducciones medias de la Presión Arterial que consiguen los tratamientos cognitivo-conductuales.

TRATAMIENTOS	NÚMERO DE ESTUDIOS	EFICACIA (MM HG)	
		SISTÓLICA	Diastólica
Relajación Progresiva	37	-0.35 (4.40)	0.00 (3.20)
Meditación	11*	-1.30 (5.40)	-2.30 (4.80)
Combinación de dos Técnicas		-3.60 (5.30)	-1.30 (4.00)
Biofeedback de presión arterial + Relajación	6		
Biofeedback de temperatura + Relajación	5	0.60 (3.00)	3.00 (4.50)
Biofeedback EMG-Relajación	5	3.20 (4.60)	2.50 (3.60)
Mixtos Relajación-Biofeedback-Educación	6	1.20 (1.20)	2.60 (2.90)
Control del Estrés	5	5.70 (5.30)	3.10 (3.10)

Nota: Los valores representan las reducciones de presión arterial debidas a los tratamientos tras descartar los efectos debidos a las características de los estudios (por ejemplo, número de lecturas de línea base, presión arterial antes del tratamiento, etc ...) según los análisis de regresión efectuados por Jacob, R.G.; Chesney, M.A.; Williams, D.M.; Yijun Ding, B.S.; y Shapiro, A.P. (1991); los valores negativos indican que la reducción debida al tratamiento fue menor de la esperada en función de las características de los estudios que utilizaron dicho tratamiento. Las desviaciones típicas de estas reducciones se presentan entre paréntesis.

Por otro lado, como se puede observar en la Tabla 6. González y Amigo (1998) revisaron 22 estudios, de 1975 a 1994, con el objetivo de conocer la efectividad clínica y/o ambulatoria de las técnicas del manejo de la ansiedad en el tratamiento de la hipertensión arterial primaria o esencial. El tamaño de la muestra se movió en un rango de 15 a 209 participantes (n= 1410; x= 64.09), y la duración de los programas de relajación varió entre 4 y 22 semanas. En 14 de los 22 estudios revisados, las medias de Presión Arterial se realizaron únicamente dentro del contexto experimental; en estas condiciones, el entrenamiento en relajación se comparó con un grupo control en 11 ocasiones, encontrándose en 7 de ellas, reducciones estadísticamente significativas en el grupo experimental (Patel, 1981; Basler, 1982; Crowther, 1983; Little, 1984; Hoelscher, 1986; Hoelscher, 1987 y Achmon, 1989). En 2 estudios, se observaron diferencias significativas a favor del grupo experimental, sólo en la presión arterial diastólica (PAD) (Abras, 1987), o sólo en la sistólica (PAS) (Davison, 1991). Contrariamente, 2 estudios (Shoemaker y Tasto, 1975; Abras, 1984) no observaron diferencias significativas entre las condiciones control y experimental. En un estudio, la eficacia del entrenamiento en relajación se comparó con una condición placebo, encontrándose diferencias significativas sólo en la PAS del grupo experimental (Taylor, 1977). Dos estudios no utilizaron grupos control o placebo de

contraste (Luborsky, 1982; Waden, 1984). En 8 de estos 22 estudios revisados, la media de la presión arterial se realizó dentro y fuera del contexto experimental (Cottier, 1984; Goldstein, 1984; Irvine, 1986; Chesney, 1987; Van Montfrans, 1990; Amigo, 1991; Jacob, 1992 y González, 1994). En estas condiciones, el entrenamiento en relajación se comparó con un grupo control en 4 ocasiones, no observándose en ningún estudio diferencias significativas entre-grupos en cuanto a la presión arterial registrada en la clínica (Cottier, 1984; Goldstein, 1984; Chesney, 1987 y Van Montfrans, 1990). En las 4 condiciones restantes, el entrenamiento en relajación se comparó con un grupo de atención-placebo, encontrándose en 2 estudios diferencias entre grupos en las presiones sistólicas y diastólicas registradas en la clínica (Jacob, 1992; González, 1994), mientras que en otro estudio se observaron reducciones significativas sólo en la PAD (Irvine, 1986). Uno de estos 4 estudios no observó tales reducciones (Amigo, 1991). Adicionalmente, de los 8 estudios, uno encontró reducciones estadísticamente significativas en la presión arterial media registrada en casa, a favor del grupo experimental (Cottier, 1984) y otro observó reducciones significativas de PAS y PAD a favor de los grupos experimentales (Goldstein, 1984). Un estudio encontró diferencias sólo en la PAS registrada en el lugar de trabajo (Chesney, 1987), mientras que otros 2 no observaron tales diferencias (Irvine, 1986; Amigo, 1991). De estos 8 estudios, sólo 4 trabajaron con sujetos que no recibieron medicación antihipertensiva (Cottier, 1984; Chesney, 1987; Van Montfrans, 1990 y González, 1994), mientras que en los 4 estudios restantes los sujetos estuvieron medicados (Goldstein, 1994; Irvine, 1986; Amigo, 1991; Jacob, 1992). Otro dato importante es esta revisión señala que la media inicial de presión arterial de los estudios donde no se observaron diferencias respecto del control, osciló alrededor de 143 mm Hg. PAS y 89 mm Hg. PAD, frente a los valores iniciales de los estudios que sí observaron estas diferencias (145 mm Hg. PAS y 95 mm Hg. PAD).

Tabla 6. Estudios sobre el Manejo del Estrés en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial Primaria o Esencial (González y Amigo, 1998).

Estudio	N	Medicación	Terapia b)Periodo	Camb. P.A. Mm Hg.	Grupo Control	Cambios en G. Control	Diferencias Entre-grupo
Shoemaker y Tasto (1975)	15	?	1) Relajación 2) BF PAS y PAD (n=5) b) 6 ss en 6 sem	1)-7* -8* 2)-1 -1	6 lecturas en 2 sem	-2* -1	N.S.
Taylor (1977)	31	Si	Relajación (n=10) b) 5 ss en 3 sem	-14* -5	1) Control (n=11) 2) Placebo (n=10)	1) 1-0 2) 2-2	PAS vs control
Patel (1981)	192	?	BF-Medit-Relaj- Educación (n=90) b) 2 ss en 6 sem	-13* -7*	Educación para la Salud (n=93)	-4 -1	PAS, PAD vs control
Luborsky (1982)	51	No	1) Medicación (n=10) 2) Relajación (n=16) 3) Ejercicio (n=11)	1)-18* -10* 2)-6* -5* 3) 0 -1 4)-2* -4*	-----	-----	-----

			1)BF PAS (n=14) b)6 ss 6 sem				
Basler (1982)	209	Si	1)MPN (n=25) 2)MPN-Autorreg. -Manejo estres (n=27) b)12 ss en 12 sem		1)Educación sobre la salud (n=28) 2) Lista de espera (n=103)	N.S.	PAS PAD (todos vs control)
Crowther (1983)	34	Si	1)Manejo estres (n=12) 2)Relaj en imaginación (n=12) b)8 ss en 8 semanas	-23° -11° -23° -15°	8 lecturas en 8 semanas	N.S.	PAS:PAD (todos vs control)
Agras (1984)	20	Si	Reentrenamiento en relajación (n=9) b)10 ss en 10 semanas	6° -10°	Seguimiento en rutina (n=11)	-9°-8°	N.S.
Cottier (1984)	30	No	Relaj-Placebo (n=20) b) 22 semanas	PAM casa - 3 PAM clin. - 3	Control -Placebo (n=10)	PAM casa-2 PAM clin-2	PAM casa vs control
Goldstein (1984)	38	Si	1)Relaj (n=13) 2)Relaj-BF (n=14) 3)Relaj sin Fármacos (n=17) b) 10 semanas	Pa casa: 1)-8.6-4 2)-7.6-4.7 3)-3.8-3.7 PA clínica: N.S.	Registros de PA (n=14)	-3.2/-0.4	PAS:PAD; PA casa: (todos vs control) PA clínica: N.S.
Little (1984)	50	No	1)Relajación (n=13) 2)Relaj-BF (N=13) b) en 6 semanas		No trat. (n=24)	N.S.	PAS (relaj. Sola vs control) PAD (relaj.- BF vs control)
Wadden (1984)	48	Si	1)Relajación (n=13) 2)Idem con esposa (n=13) 3)TC con la esposa (n=12) b)5 ss en 5 semanas	1)-6°-5° 2)-6°-5° 3)-8°-5°			
Hoelscher (1986)	47	Si	1) Relajación individual (n=11) 2) Relaj. en grupo (n=12) 3) Relaj. en grupo-contrato contigen (n=12) b) 4 ss en 10 sem	1)-14°-5° 2)-14°-5° 3)-9°-7°	Lista de espera (n=12)	-2.0	PAS/PAD (todos vs control)
Irvine (1986)	32	Si	1) Relaj. (n=8) 2) Relaj.-med (n=8) b) 10 semanas	1)-6.6-5.2 2)-0.9-4.4	Placebo (n=8) Placebo-med (n=8)	-1.3-4.5 -1.2-1.3	PAD clin. (todos vs controles) PAS casa:N.S.
Agras (1987)	137	Si	Relajación (n=72) b) 4 meses	-10.2°-9.6°	Registros PA (n=65)	-3.7°-6.1°	PAD (vs control)

Hoelscher (1987)	48	Si	1)Relaj. con casette (n=16) 2)Relaj sin casette (n=16) b) 1 ss en 4 sem y en grupo	1)-10.1 -3.1	Lista de espera (n=16)	-1/-1.3	PAS PAD (todos vs control)
Chesney (1987)	158	No	1)Relaj. (n=24) 2)Relaj.-TC (n=24) 3)BF-relaj (n=24) 4)BF-relaj-TC (n=25) 5)Cambio salud-relaj. (n=21) b) 8 sem.	PA clinica: -7.4* -4.5* PA trabajo: -3.9/-2.6	Registros PA (n=40)	PA clinica: -9.0* -3.9* PA trabajo:+1.4 -0.4	PA clinica:N.S. PAS trabajo: (todos vs control)
Achmon (1989)	77	Si	1)TC (n=30) 2)BF de FC (n=27) b) 1 ss sem. en 17 sem.	1)-17*:- 11.5* 2)-26*'-15*	Control efectos no especificos (n=20)	-3.05' -0.8	PAS PAD vs control
Van Montfrans (1990)	33	No	Relaj-yoga (n=18) b) 1 ss sem. en 8 sem.	-2.2 -2.4* clinica -3.3.1 MAPA	Control (n=17)	-2.5' -3.1* clinica -1-0.4 MAPA	PAS-PAD clinica: N.S. PAS-PAD MAPA: N.S.
Amigo (1991)	16	Si	Relajacion (n=8) b) 1 ss sem en 6 sem	10* -6* hospital -2 -3 casa	Atencion placebo (n=8)	-2/-1 (hospital) -2/-2 (casa)	N.S.
Davison (1991)	38	No	Relaj.- higiene (n=29) b) 1 ss sem en 7 sem	-6* 0*	Higiene (n=29)	-0.7/0*	PAS vs control
Jacob (1992)	19	Si	Relaj.-BF temperatura (n=10) b) 1 ss sem en 12 sem	-2.2 -3.1 (Relaj) -2.2 -5.1 (enfiermera) -14.6* -5.3* (medico) -3.3 -4.9* (MAPA)	Atencion control (n=9)	-4.6* -3.2* -0.3/-0.6 -0.4/-1 -3.7.-3.1	PAS-PAD medico vs control PAD MA PA vs relaj.
Gonzalez (1994)	45	No	1)Relajacion (n=15) b) 1 ss sem en 8 sem 2)Ejercicio Físico b) 3 ss sem en 8 sem	1)-8.5*:- 6.5* Clinica -6* -4* MAPA 2)-7* -5* Clinica -3 -3* MAPA	Placebo (n=15)	-1.5/2 clin -0.5/-0.5 MAPA	PAS-PAD clinica vs control PAS-PAD MAPA: N.S.

*0.001 < p < 0.05

Med.=Medicacion; BF=Biofeedback;Medit=Meditacion; Relaj=Relajacion;MPN=Modificacion del Patron Nutricional;TC= Terapia Cognitiva;SS=sesiones; Sem=Semana;PAS=Presion Sistolica;PAD=Presion Diastolica,PAM=Presion Arterial Media.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La mayoría de estos estudios se enfocan a la hipertensión arterial primaria o esencial, empleando la relajación muscular progresiva como una técnica básica, donde las disminuciones de la presión arterial muestran diferencias significativas comparadas con un grupo control. Sin embargo, poco es lo que se ha reportado sobre el uso de estas técnicas con grupos de pacientes con hipertensión secundaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor de 17 millones de personas mueren cada año por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 segundos ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en morbilidad del paciente adulto en todo el mundo y México no escapa a esta circunstancia. Se estima que existen en el mundo 600 millones de personas que padecen HTA, de éstos, 420 (70%) millones corresponden a países en vías de desarrollo. La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se calcula que aproximadamente el 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas con un mal control de la enfermedad (Velázquez, Rosas, Lara, Pastelin, Attie y Tapia, 2002).

En México es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece y cerca del 60% de los individuos afectados la desconocen. Existen más de 13 millones de personas con esta enfermedad y más de 8 millones han sido diagnosticadas, con edad menor de 40 años, siendo uno de los padecimientos crónicos de mayor impacto social y económico (Solís y García, 2002). Ya que, de las 410 mil muertes al año que ocurren aproximadamente en nuestro país, la hipertensión arterial, es la causa determinante o condicionante en 14 mil de ellas (Lezana, Velázquez, Álvarez y Hernández, 1990).

Según las estadísticas del INEGI en México, tan solo en el año 2000 fueron diagnosticados 369422 nuevos casos de hipertensión arterial. Esto sin considerar que por cada hipertenso diagnosticado se estima que existen 1.3 que no lo han sido. Se calcula que aproximadamente el 25% de la población mundial tiene valores de presión arterial superiores a 140/90 mm Hg. La hipertensión arterial (HTA) en México plantea necesidades que reclaman la participación de la salud pública. Su importancia puede inferirse de las siguientes observaciones: a) La HTA es un problema que muestra tendencia ascendente y que se está distribuyendo ampliamente entre la población. b) Es una enfermedad con morbilidad y mortalidad propias. c) Es un elemento causal de aterosclerosis y junto con el tabaquismo y la hiperlipidemia, es responsable de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. y d) Es una enfermedad con tendencia familiar propiciada por modificaciones en el estilo de vida; es susceptible de modificación por medio de la educación higiénica apropiada y objeto de tratamiento farmacológico en algunos casos (Chávez, Acoltzin, Carboney, López, Moragrega y Rendón, 1995).

Por otro lado, la HTA consume gran cantidad de recursos, pues tan solo en el 2002 el servicio más costoso por hipertenso fue el de medicina familiar con 1554 pesos, seguido por el día de cama en cardiología (alta especialidad), de 547 pesos. Este último servicio también fue el más costoso en el escenario extremo: 4557 pesos. En la seguridad social el

costo anual de la atención del hipertenso en el escenario promedio, fue de 1067 pesos; en Instituciones del Estado 701 y 2868 en la medicina privada. Estas cifras se modifican en el escenario extremo a 3913; 2570 y 10518 pesos, respectivamente.

El costo total de la hipertensión en México para el escenario promedio correspondió a 17953 millones de pesos, lo cual equivale a 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.7% del PIB, de acuerdo con una población de hipertensos estimada en 13,704,573 (prevalencia de 1443 por cada 100 habitantes) (Villareal, Mathew, Garza, Núñez, Salinas y Gallegos, 2002). Por lo cual se ha planteado la necesidad de intensificar las estrategias para el control, tratamiento y prevención de esta enfermedad, ya que es considerada como un trastorno multifactorial en el cual concurren variables genéticas, constitucionales, psicológicas y del estilo de vida.

Es así como dentro de las variables psicológicas, se ha encontrado que los pacientes hipertensos están caracterizados por una respuesta de ansiedad más alta que los pacientes normotensos (Tobal y Casado, 1994). Por lo que, se ubica la ansiedad como un factor que puede estar presente en conjunto con otros factores tanto en la aparición, como en el desarrollo, y el mantenimiento de la HTA (Montes de Oca, 1996).

La presente investigación tuvo como propósito determinar los cambios en la ansiedad rasgo y las cifras de presión arterial (sistólica y diastólica) en dos grupos de hipertensos con estatus clínico diferente, uno con hipertensión arterial primaria o esencial y otro con hipertensión secundaria.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los cambios en la ansiedad rasgo y la presión arterial sistólica y diastólica después de haber participado en el programa para el manejo de la ansiedad (a través de entrenamiento en relajación muscular progresiva y entrenamiento asertivo), en dos grupos de hipertensos uno con hipertensión primaria o esencial y otro con hipertensión secundaria.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Evaluar la ansiedad rasgo en dos grupos de hipertensos con estatus clínico diferente, uno con hipertensión primaria o esencial y otro con hipertensión secundaria antes y después de participar en el programa para el manejo de la ansiedad.
- Conocer las conductas de autocuidado (dieta, ejercicio, toma de medicamento, y medición de presión arterial) en dos grupos de hipertensos con estatus clínico diferente, uno con hipertensión primaria o esencial y otro con hipertensión secundaria durante el programa para el manejo de la ansiedad.
- Evaluar y Desarrollar a través de un programa para el manejo de la ansiedad habilidades de relajación muscular progresiva y asertividad en dos grupos de hipertensos con estatus clínico diferente, uno con hipertensión primaria o esencial y otro con hipertensión secundaria.

HIPÓTESIS:

H₀₁: El puntaje de ansiedad rasgo del grupo de hipertensos primarios o esenciales no mostrará diferencias estadísticamente significativas en comparación con el puntaje del grupo de hipertensos secundarios después de haber participado en el programa para el manejo de la ansiedad.

H_{a1}: El puntaje de ansiedad rasgo del grupo de hipertensos primarios o esenciales mostrará diferencias estadísticamente significativas en comparación con el puntaje del grupo de hipertensos secundarios después de haber participado en el programa para el manejo de la ansiedad.

H₀₂: Las cifras de presión arterial (sistólica y diastólica) del grupo de hipertensos primarios o esenciales no mostrarán diferencias estadísticamente significativas en comparación con las cifras de presión arterial del grupo de hipertensos secundarios después de haber participado en el programa para el manejo de la ansiedad.

H_{a2}: Las cifras de presión arterial (sistólica y diastólica) del grupo de hipertensos primarios o esenciales mostrarán diferencias estadísticamente significativas en comparación con las cifras de presión arterial del grupo de hipertensos secundarios después de haber participado en el programa para el manejo de la ansiedad.

VARIABLES

Variable Independiente: Programa para el Manejo de la Ansiedad del paciente hipertenso que consiste en el entrenamiento de habilidades de relajación muscular progresiva y de asertividad.

Variable Dependiente: Puntaje de Ansiedad Rasgo.

Variable Dependiente: Cifras de Presión Arterial Sistólica y Diastólica.

Variable a Observar: Conductas de Autocuidado (dieta, ejercicio, toma de medicamento y medición de la presión arterial). La observación de esta variable se estableció con la finalidad de identificar si hubo algún cambio en estas conductas que pudieran haber contribuido en el cambio de las cifras de tensión arterial.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

ANSIEDAD RASGO: La ansiedad de rasgo se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la predisposición a la ansiedad, es decir, diferencias en la disposición de percibir un rango de situaciones como peligrosas o amenazantes y la tendencia a responder a ellas con estados ansiosos (Spielberger, 1972).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Es una elevación intermitente o continua de la presión sanguínea sistólica o diastólica que aparece cuando la fuerza que ejerce la sangre contra los vasos arteriales supera lo normal (Solís y García, 2002).

HIPERTENSIÓN PRIMARIA O ESENCIAL: Se caracteriza por ser generalmente asintomática, lentamente progresiva y sin causa orgánica aparente. Su tratamiento, generalmente se enfoca al uso de estrategias de intervención no farmacológicas enfocadas a la modificación de hábitos higiénico-dietéticos y en algunos casos con tratamiento farmacológico.

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA: Se caracteriza por ser generalmente sintomática, y por la presencia de causas orgánicas identificables. Este tipo de hipertensión generalmente es controlada con tratamiento farmacológico.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA: Consiste en una actividad de tensión y relajación sistemática de varios grupos musculares, para discriminar las sensaciones resultantes de estos estados que conduzcan a eliminar contracciones musculares (Berstein y Borkovec, 1983).

ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y que tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario (Aguilar, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIONES OPERACIONALES

ANSIEDAD RASGO: Puntaje igual o mayor a 40 en la escala de Ansiedad Rasgo del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Es la presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm Hg. y/o de tensión arterial diastólica 90 mm Hg. (Organización Mundial de la Salud, 1996). Para diferenciar el estatus clínico de los pacientes hipertensos (primarios o esenciales y secundarios) se tomará en cuenta la presencia o ausencia de complicaciones (ej. Trastornos renales, endócrinos, etc.).

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA: Autoevaluación del Nivel Subjetivo de Relajación en una escala del 0 al 10 donde 0 es total relajación y 10 nivel máximo de tensión muscular.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Medición de la presencia y ausencia de conductas asertivas a través del cuestionario de evaluación de las conductas asertivas (Aguilar, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODO

Participantes

- Se empleó una muestra no probabilística de tipo intencional, en donde participaron 16 pacientes hombres y mujeres que acudían a la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS; alfabetizados, los cuales fueron divididos en dos grupos: G1: 6 pacientes con Hipertensión Arterial Primaria o Esencial, con un promedio de edad de $X = 52.17$ años y G2: 10 pacientes con Hipertensión Arterial Secundaria, con un promedio de edad de $X = 56.10$ años. El G1 presentó un promedio de presión arterial de $X = 133.83.33$ mm Hg, y el G2 $X = 134.83$ mm Hg. Es importante mencionar que ambos grupos desde el inicio del programa se encontraban bajo tratamiento farmacológico para el control de la hipertensión, situación a la cual se atribuye que sus cifras de presión arterial en ambos grupos se hayan encontrado en niveles de normotensión.

Criterios de Inclusión para ambos grupos:

- Diagnóstico de hipertensión arterial primaria o esencial y secundaria (con cifras de presión arterial igual o superior a 140/90 mm Hg.) emitido por su médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS.
- Tener una edad entre 20 y 65 años.
- Calificar igual o superior a 40 puntos en el Inventario Ansiedad Rasgo.

Criterios de Exclusión para ambos grupos:

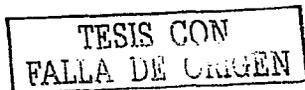
- Hipertensos con incapacidades físicas severas propias de la enfermedad (ceguera, sordera, dificultades para caminar, hablar, etc.).
 - Bebedores de alcohol (más de cinco copas al día).
 - Fumadores crónicos (fumar más de cinco cigarrillos al día).
 - No completar las evaluaciones psicológicas del programa.
 - Faltar a dos sesiones consecutivas a lo largo del programa.
- Médico Familiar, Trabajadora Social y Enfermera de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS.

Escenario

Auditorio de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS con capacidad para 100 personas.

Materiales

Se utilizaron los siguientes instrumentos:



- **Cuestionario de Hipertensión Arterial** - que consistió en una serie de preguntas para obtener datos sociodemográficos y características generales de la hipertensión como: tratamiento para la hipertensión, medicación antihipertensiva, síntomas de hipertensión, antecedentes, atribución causal de la hipertensión, control de la hipertensión, consecuencias de la hipertensión, factores de riesgo (higiénico-dietéticos y psicosociales) y conductas de autocuidado de la hipertensión (Ver anexo 1).
- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE E-R)** (Spilberger y Díaz Guerrero, 1975). - instrumento que evalúa a la ansiedad en dos modalidades como rasgo y como estado. Cada una de ellas de manera independiente, está conformada por 20 reactivos que en su totalidad suman 80 y que se contestan con bases a una escala que va de 1 a 4 puntos. Para los fines de este estudio sólo se empleo la escala de Ansiedad Rasgo (Ver anexo 2).
- **Cuestionario de Evaluación del Comportamiento Asertivo**, (Aguilar, 2000). - instrumento que contiene 40 reactivos en las que el paciente valoró Si emitía o No determinado comportamiento asertivo en situaciones interpersonales, conforme a 9 categorías (respeto por sí mismo, respeto por los demás, ser directo, ser honesto, ser apropiado, saber decir, saber escuchar, ser positivo y lenguaje no verbal) descritas en la tabla 7 (Ver anexo 3 y 4).

Tabla 7. Se presentan las categorías y los reactivos del Cuestionario de Evaluación del Comportamiento Asertivo (Aguilar,2000).

CATEGORÍA	NÚMERO DE REACTIVOS
Respeto por sí mismo	12, 31, 37
Respeto por los demás	14, 18, 25, 26, 27, 39
Ser directo	15, 33, 36
Ser honesto	5, 16, 29, 32, 34, 35, 40
Ser apropiado	16, 19, 20, 24, 38
Expresar opinión	12, 13, 21, 23,30
Saber escuchar	11, 28
Ser positivo	7, 8, 9, 10
Lenguaje no verbal	1, 2, 3, 4, 17

- **Cuaderno de Autoregistros** - que incluyó diferentes formatos para tareas en casa tales como: Registro de situaciones ansiógenas (Ver anexo 5) y Cuestionario para evaluación de habilidad asertiva en situaciones que producen ansiedad (Aguilar,1997) (Ver anexo 6).
- **Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión:** (Toobert y Glasgow,1996) el cual incluyó 8 reactivos que evaluaron la sensibilidad en el cumplimiento de actividades de autocuidado como: dieta (4 reactivos), ejercicio (2 reactivos), medición de la presión arterial (un reactivo) y la toma de medicamentos para la hipertensión (un reactivo). Traducido y adaptado en pacientes con hipertensión arterial por Rojas, Figueroa y Ramos, 2000, a través del proyecto PAPIIT N°

IN211698 (UNAM): en donde se establece la puntuación máxima que se puede obtener en la categoría dieta es de 19, en ejercicio es de 14, en medición de la presión arterial es de 7 y toma de medicamento es de 4 (Ver anexo 7).

- **Equipo:** Esfigmomanómetro y Estetoscopio manual.

Diseño: Esta investigación se caracterizó por ser de tipo aplicada y descriptiva, con base a un diseño cuasiexperimental, de tipo Pre y Postprueba en grupos intactos (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

G1	O1	X	O2
G2	O1	X	O2

Donde:

- G1 grupo de hipertensos primarios o esenciales
- G2 grupo de hipertensos secundarios
- O1 la primera medición de grupo
- X es el tratamiento (programa)
- O2 la segunda medición de grupo

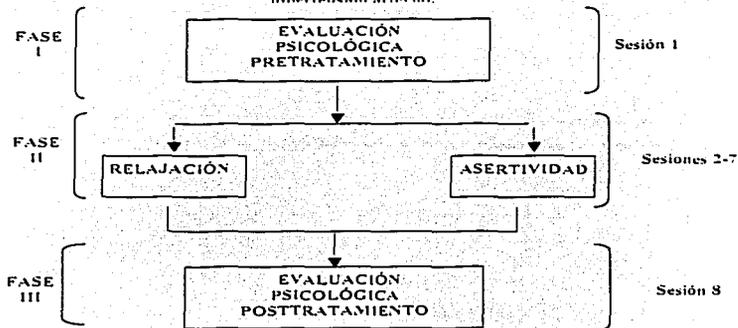
Procedimiento

Los participantes de este estudio fueron seleccionados del Grupo de Hipertensos coordinado por el departamento de Trabajo Social de la UMF No. 21 del IMSS. Una vez conformado este grupo la trabajadora social los convocaba a participar en un programa para el manejo de la ansiedad del paciente hipertenso. Los interesados asistieron a una charla informativa acerca del programa y aquellos que aceptaban participaron de manera voluntaria, incorporándose al protocolo del programa.

Los participantes eran divididos en dos grupos de acuerdo con su diagnóstico de hipertensión en G1 hipertensos primarios o esenciales y G2 hipertensos secundarios. El diagnóstico y los datos clínicos del paciente eran verificados en el expediente de los pacientes por la trabajadora social de la clínica y bajo la supervisión del médico familiar.

El procedimiento fue el mismo para ambos grupos. Se llevó a cabo en 8 sesiones grupales, una vez por semana con una duración de dos horas cada una. Las sesiones se dividieron en tres fases como se muestra en el siguiente diagrama 1.

Diagrama I. Procedimiento del programa para el manejo de la ansiedad en pacientes con hipertensión arterial.



Se hizo una medición de la presión arterial al inicio y final del programa; así como también se les dejó de tarea llenar una serie de registros de acuerdo al tema expuesto en la sesión y el cuál fue revisado al inicio de la siguiente, que son:

- Registro de situaciones ansiosas.
- Cuestionario para evaluación de habilidad asertiva en situaciones que producen ansiedad.

Durante las ocho sesiones del programa se estuvieron monitoreando las variables de autocuidado (dieta, ejercicio, toma del medicamento y medición de la presión arterial), con la finalidad de poder establecer que los resultados encontrados se debieran exclusivamente al programa (Ver Tabla 8).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8. Procedimiento del Programa "Manejo de la Ansiedad en Pacientes con Hipertensión Arterial".

FASE	SESIÓN (ES)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
EVALUACIÓN	1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las variables psicológicas asociadas a la HTA. 	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta medirá la PA del paciente al inicio de la sesión. • El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación de los siguientes instrumentos: • Cuestionario de Hipertensión Arterial. • Ansiedad Estado-Rasgo (HARE E-R). • Cuestionario de evaluación del comportamiento asertivo. • Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Barmánómetro. • Estetoscopio. • Lápices y gomas. • Cuestionario de Hipertensión Arterial. • HARE E-R. • Cuestionario de evaluación del comportamiento asertivo. • Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión. 	

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

FASE	SESIÓN (CS)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
<p style="text-align: center;">II ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD</p>	<p style="text-align: center;">2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente aprenderá habilidades de afrontamiento (cognitivo-conductuales) que le permita manejar adecuadamente situaciones provocadoras de ansiedad. • El paciente comprenderá la relación entre ansiedad y los cambios en la presión arterial. • Informar al paciente sobre el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial (HTA) y su relación con la ansiedad. • El paciente aprenderá a ejercitar la respiración diafragmática (RD). 	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta informará al paciente el objetivo y procedimiento del programa "Manejo de la ansiedad para el paciente hipertenso" y firmará un contrato de consentimiento informado. • El terapeuta expondrá que es la hipertensión arterial, síntomas, factores de riesgo, consecuencias y formas de tratamiento y control. • El terapeuta expondrá que es la ansiedad y relación con la hipertensión arterial. • El terapeuta enseñará al paciente a registrar situaciones provocadoras de ansiedad. • El terapeuta explicará y enseñará los beneficios de la RD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de consentimiento informado. • Proyector de acetatos. • Pizarrón, pises. • Acetatos sobre el tema de HTA. • Acetatos sobre el tema de A. • Diario de situaciones ansiosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente registrará diariamente situaciones de A (Ver Anexo 5). • El paciente practicará en casa la RD.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FASE	SESIÓN (ES)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD	3	<ul style="list-style-type: none"> El paciente aprenderá a ejercitar la respiración diafragmática (RD) y relajación muscular progresiva (RMP) 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta evaluará la práctica en casa. Los pacientes harán un ejercicio de RD y RMP asistido por el terapeuta (Ejerc. 7 grupos musculares). El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación del cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato de Autoevaluación de RD y RMP. Lápices y gomas. Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica de la RMP en casa
	4	<ul style="list-style-type: none"> El paciente aprenderá a ejercitar la respiración diafragmática (RD) y relajación muscular progresiva (RMP). 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta evaluará la práctica en casa. Los pacientes harán un ejercicio de RD y RMP asistido por el terapeuta (Ejerc. 4 grupos musculares). El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación del cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato de Autoevaluación de RD y RMP. Lápices y gomas. Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica de la RMP en casa.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FASE	SESIÓN (ES)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD	5	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente aprenderá a ejercitar la respiración diafragmática (RD) y relajación muscular progresiva (RMP). • El paciente aprenderá a reducir la ansiedad en situaciones de interacción social a través del empleo adecuado del entrenamiento asertivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta evaluará la práctica en casa. • Los pacientes harán un ejercicio de RD y RMP asistido por el terapeuta (Ejerc. 4 grupos musculares por recuento). • El terapeuta explicará qué es la conducta asertiva, pasiva y agresiva y su relación con la ansiedad dentro de las relaciones sociales. • El terapeuta ejemplificará y demostrará las conductas asertivas no verbales. • El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación del cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Autoevaluación de RD y RMP. • Proyector de acetatos. • Pizarrón, gises. • Acetatos sobre el tema de As. • Lápices y gomas. • Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de la RMP en casa. • El paciente llenará en casa el formulario de habilidad asertiva en situaciones que producen ansiedad (Ver anexo 6).

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FASE	SESIÓN (ES)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD	6	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente desarrollará estrategias que le permitan ser asertivo (dónde, cuando y cómo) ante situaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta evaluará la práctica en casa. • El terapeuta explicará y analizará con el paciente la importancia de conocer y hacer valer los Derechos Humanos dentro de las relaciones sociales. • El paciente simulará situaciones donde ponga en práctica su asertividad (Presentaciones, Temas superficiales e Identificación de derechos personales). • El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación del cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos. • Pizarrón, gises. • Acetatos sobre el tema de As. • Lápices y gomas. • Cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente elegirá una situación ante la cual ponga en práctica su comportamiento asertivo y evaluar los resultados. • Práctica de la RMP en casa.

FASE	SESIÓN (ES)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD	7	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente desarrollará estrategias que le permitan ser asertivo (dónde, cuando y cómo) ante situaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente simulará situaciones donde ponga en práctica su asertividad (Dar y recibir cumplidos, Sí - No, Hacer y rechazar peticiones, Hacer declaraciones sin explicación e identificación de derechos personales) • El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación del cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos. • Pizarra, gises. • Acetatos sobre el tema de As. • Lápices y gomas. • Cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente elegirá una situación ante la cual ponga en práctica su comportamiento asertivo y evalúa los resultados. • Práctica de la RMP en casa.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FASE	SESIÓN (ES)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
III POST-EVALUACIÓN	8	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los cambios en las variables psicológicas y fisiológicas (PS y PD) asociadas a la HTA. • Evaluar con el grupo de pacientes los beneficios del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta medirá la PA del paciente al final de la sesión. • El terapeuta evaluará la práctica en casa. • El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación de los siguientes instrumentos: • Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE-E R). • Cuestionario de evaluación del comportamiento asertivo. • Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión. • El terapeuta dará por concluido el programa y discutirá con el grupo los alcances y beneficios del programa en su vida cotidiana así como su impacto en la presión arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baumanómetro. • Estetoscopio. • Lápices y gomas. • IDARE- R. • Cuestionario de evaluación del comportamiento asertivo. • Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Hipertensión. 	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados en el siguiente orden con base a la ficha de identificación: las características demográficas y clínicas, tratamiento para la hipertensión, medicación antihipertensiva, síntomas de hipertensión, antecedentes, atribución causal de la hipertensión, control de la hipertensión, consecuencias de la hipertensión, factores de riesgo (higiénico-dietéticos y psicosociales) y conductas de autocuidado de la hipertensión, de ambos grupos; cifras de presión arterial en las tres fases; los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo la evaluación de las variables, inventario de ansiedad rasgo, cuestionario de evaluación del comportamiento asertivo, nivel subjetivo de relajación y cuestionario de actividades de autocuidado de la hipertensión, el cual sirvió para monitorear el comportamiento de dieta, ejercicio, toma de presión arterial e ingesta de medicamento.

CUESTIONARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

• Características Demográficas y Clínicas

En la Tabla 9 se puede observar que el G1 con hipertensión arterial primaria o esencial (n=6) el 100% fue del sexo femenino; con un promedio de edad de $X = 52.17$ años, un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30.36 (que los ubica en la categoría de obesos) y cifras de presión arterial sistólica (PS) promedio fue de $X = 133.33$ mm Hg, y en diastólica (PD) de $X = 83.33$ mm Hg. (que indican niveles de normotensión). El G2 estuvo conformado por pacientes con hipertensión arterial secundaria (n= 10), de los cuales 70% fue del sexo femenino y el 30% masculino; con una edad promedio de $X = 56.1$ años, un IMC de 30.45 (lo que los ubica en la categoría de obesos), una PS promedio de $X = 134$ mm Hg, y una PD de $X = 83$ mm Hg (que indican niveles de normotensión). Al realizar, el análisis estadístico a través de la prueba t de student (para muestras independientes) se encontró que no existen diferencias significativas, en cuanto a la edad ($t = -0.76$, $p = .46$), IMC ($t = -0.03$, $p = .97$), presiones sistólica ($t = -.070$, $p = .94$), diastólica ($t = .051$, $p = .96$) y periodo de diagnóstico ($t = -0.17$, $p = .86$) en ambos grupos. Sin embargo cabe destacar que la desviación estándar de estas variables sugiere que existe una gran dispersión de los datos entre los grupos.

Tabla 9. Características demográficas y clínicas de los pacientes de ambos grupos.

GRUPOS	SEXO	EDAD	IMC	PS mm Hg.	PD mm Hg.	PERIODO DE DX (Años)
G1 n=6	100% Femenino (6)	$X = 52.17$ DS = 5.34	$X = 30.36$ DS = 5.30	$X = 133.33$ DS = 17.51	$X = 83.33$ DS = 13.66	$X = 6.83$ (5 meses a 17 años) DS = 6.23
G2 n=10	70% Femenino 30% Masculino (10)	$X = 56.1$ DS = 14.81	$X = 30.45$ DS = 5.52	$X = 134$ DS = 20.11	$X = 83$ DS = 10.59	$X = 7.5$ (1 mes a 30 años) DS = 9.1
		$t = -.619$ $p = .546$	$t = -0.03$ $p = .977$	$t = -0.067$ $p = .947$	$t = .055$ $p = .957$	$t = -.153$ $p = .880$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

• *Tratamiento, Medicación y Síntomas para la HTA.*

En la Tabla 10, se observa que con respecto al tratamiento para la HTA, todos los pacientes del G1 estaban medicados, no así en el G2, ya que existía un paciente que tenía poco tiempo de diagnóstico (1 mes) por lo cual aún estaba bajo control higiénico-dietético; con respecto a la medicación antihipertensiva, el medicamento que más consumen ambos grupos es el Captopril. En cuanto a los síntomas de hipertensión mayormente reportados se encontró que el G1 presenta dolor de cabeza, acúfenos y fosfenos, y el G2 acúfenos, dolor de cabeza, fosfenos y vértigo o mareo.

Tabla 10. Promedios de tratamiento para la HTA, tipo de medicamento y síntomas en ambos grupos.

GRUPOS	TRATAMIENTO PARA LA HTA %		MEDICAMENTO %				SÍNTOMAS %				
	M	D y E	C	M	T	N	DC	A	F	VM	S
G1	100	-	83.3	-	17.7	-	83.3	83.3	83.3	66.7	66.7
G2	90	10	60	20	-	10	60	70	60	60	20

Tratamiento para la H.A., M=medicamento, D y E= dieta y ejercicio; Medicamento, C=captopril, M= Metoprolol, T= Tenormil y N= Nifedipina; Síntomas, DC= dolor de cabeza, A= acúfenos, F= fosfenos, VM= vértigo o mareos y S=somnolencia.

• *Antecedentes, Atribución Causal, Control y Consecuencias de la HTA.*

Como se puede observar en la Tabla 11, el grupo que mayores antecedentes familiares reporta de HTA es el G1 con un 83.3%, mientras que el G2 sólo en un 70%; en atribución causal de la hipertensión el G1 la asocia con aspectos emocionales; y el G2 refiere varias causantes de la hipertensión como mala alimentación, aspectos emocionales, herencia y la ocurrencia de eventos vitales negativos; en cuanto al control de la HTA la mayoría de los sujetos de ambos grupos reportan seguir las recomendaciones del médico en cuanto a la toma de medicamento y dieta, el 83.3% para el G1 y 90% para el G2.

En lo referente a las consecuencias de la HTA el G1 no presenta debido a su estatus clínico (primario o esencial), mientras que el G2 presentan consecuencias como problemas visuales (40%) diabetes (10%) e infecciones urinarias (10%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 11. Promedio de Datos Clínicos acerca de la Evolución de la Enfermedad.

GRUPOS	A. %	ATRIBUCIÓN CAUSAL DE LA HTA %					CONTROL DE LA HTA %		CONSECUENCIAS %				
		AE	MA	H	NS	EVN	SRM	CE	SC	CC			
											D	IU	PV
G1	83.3	66.7	-	-	-	-	83.3	16.7	-	-	-	-	-
G2	70	20	30	20	10	10	90	10		10	10	40	

A.= antecedentes familiares. Atribución Causal. AE= aspectos emocionales. MA=mala alimentación. H=herencia. NS= no sabe y EVN=evento vital negativo; Control de la HTA. SRM= seguir recomendaciones del médico y CE= control emocional. Consecuencias. D= diabetes. IU=infecciones urinarias y PV= problemas visuales.

• *Factores de Riesgo y Conductas de Autocuidado*

En la Tabla 12, se muestran los factores higiénico dietéticos en donde se encontró que la obesidad, dieta rica en grasas animales y el sedentarismo estuvieron presente en el G1, mientras que en el G2 la obesidad, dieta rica en grasas animales y alto consumo de sal. En factores psicosociales el G1 reporta la personalidad estresante, depresión, ansiedad, ocupación y medio laboral estresante, y; el G2 depresión, medio ambiente estresante, ansiedad y personalidad estresante. En conductas de autocuidado en el ejercicio físico ambos grupos refieren que lo realizan (G1 con una 66.7 % y G2 con 70 %), así como la dieta (G1 con 66.7% y G2 con 66.7%); y en la práctica de alguna actividad recreativa el G1 refiere que el 16.1% la tiene y en el G2 está presente en el 40 %.

Tabla 12. Factores de Riesgo de la HTA de ambos grupos.

GRUPOS	FACTORES HIGIÉNICO DIETÉTICOS %				FACTORES PSICOSOCIALES %					CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO %		
	OB	S	DR	AS	MLE	PE	MAE	A	D	EJER	A.R.	D.I.M
G1	100	33.3	83.3	-	50	83.3	33.3	50	83.3	66.7	16.1	66.7
G2	100	-	20	20	-	30	60	40	70	70	40	80

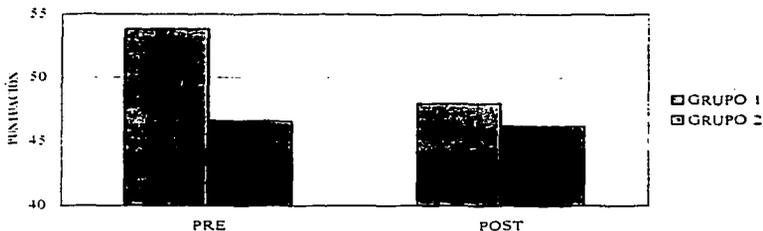
Factores Higiénico-Dietéticos, OB=obesidad, S=sedentarismo, DR=dieta rica en grasas animales, AS= alto consumo de sal; Factores Psicosociales, MLE=medio laboral estresante, PE=personalidad estresante, MAE= medio ambiente estresante, A= ansiedad, D=depresión; Conductas de Autocuidado, EJER= ejercicio, A.R.= actividades recreativas y D.I.M= dieta por indicación médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO

La Figura 1 muestra las diferencias (pre y postevaluación) de los promedios de la ansiedad rasgo en ambos grupos.

Figura 1. Puntajes de IDARE en la pre y postevaluación de ambos grupos.



En la Tabla 13, se puede ver, que al realizar el análisis estadístico (empleando la prueba t para muestras independientes) indica que no existe una diferencia significativa en el pretest y postevaluación del G1 ($t=1.306$, $p=.212$) así como en el G2 ($t=.334$, $p=.743$).

Tabla 13. Promedios de los puntajes de ansiedad rasgo pre y postest.

GRUPOS	PRETEST	POSTEST
G1	X=53.83 DS=11.73	X=48 DS=12.39
G2	X=46.6 DS=10.11	X=46.2 DS=9.16
	t=1.306 p=.212	t=.334 p=.743

En la Tabla 14. se puede observar que al realizar el análisis estadístico, a través de una prueba t de Student para muestras independientes, entre grupos de la pre y postevaluación no existe diferencias significativas en las cifras de PS (pre $t=0.67$, $p=.947$ y en la post $t=.194$, $p=.849$) al comparar los grupos. Sin embargo al momento de calcular las diferencias aritméticas en mm Hg. se encontró que existe un decremento (en G1 de -18.33 mm Hg. y en G2 de -20 mm Hg.).

Tabla 14. Cifras de tensión sistólicas en pre y postratamiento al comparar a ambos grupos.

GRUPOS	PRETEST	POSTTEST	DIFERENCIA
G1	X=133.33 mm Hg DS=17.51	X=115 mm Hg DS=13.78	-18.33 mm Hg
G2	X=134 mm Hg DS=20.11	X=114 mm Hg DS=6.99	-20 mm Hg
	$t=.067$ $p=.947$	$t=.194$ $p=.849$	

Como se puede ver, en la Tabla 15, en cuanto a las cifras de PD (pre $t=.055$, $p=.957$ y en la post $t=.071$, $p=.944$) tampoco existen diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo al momento de calcular las diferencias aritméticas en mm Hg., se encontró que existe un decremento (en G1 de -6.67 mm Hg. y en G2 de -6 mm Hg.).

Tabla 15. Cifras de tensión diastólicas en pre y postratamiento al comparar a ambos grupos.

GRUPOS	PRETEST	POSTTEST	DIFERENCIA
G1	X=83.33 mm Hg DS=13.66	X=76.66 mm Hg DS=13.11	-6.67 mm Hg
G2	X=83 mm Hg DS=10.39	X=77 mm Hg DS=6.74	-6 mm Hg
	$t=.055$ $p=.957$	$t=.071$ $p=.944$	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En las Figuras 2 y 3 se presentan los promedios de las cifras de PS y PD registradas en las pre y postevaluación del programa.

Figura 2. Promedios de PS en la pre y postevaluación de ambos grupos.

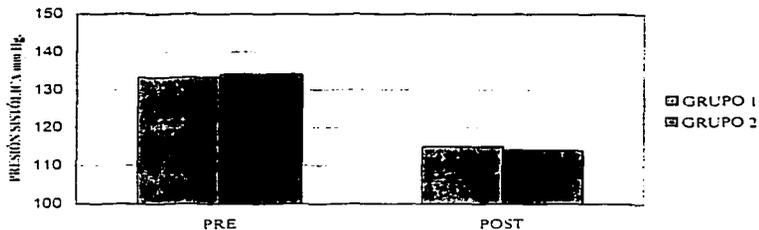
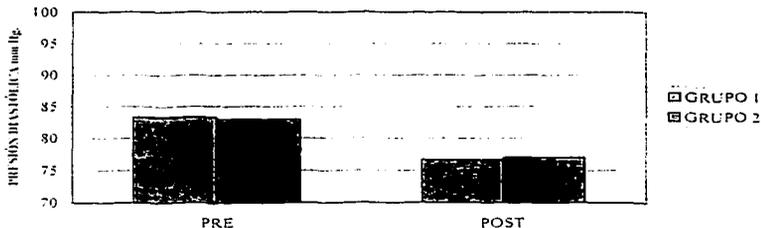


Figura 3. Promedios de PD en pre y postevaluación de ambos grupos.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO

En la Tabla 16. se pueden observar los resultados de ambos grupos y las diferencias que se encontraron en pre y post evaluación, los cuales se establecieron a partir de un análisis de frecuencia por categoría:

Tabla 16. Porcentajes de los Reactivos en el Cuestionario de Comportamiento Asertivo de ambos grupos

CATEGORÍA	REACTIVO	GRUPO 1 (%)				GRUPO 2 (%)			
		Pre		Post		Pre		Post	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Respeto por sí mismo	22	100	0	100	0	70	30	90	10
	31	100	0	83.3	16.6	80	20	100	0
	37	100	0	100	0	90	10	100	0
Respeto por los demás	14	33.3	66.6	50	50	10	90	40	60
	18	100	0	100	0	60	40	80	20
	35	100	0	100	0	90	10	100	0
	26	83.3	16.6	16.6	83.3	20	80	30	70
	27	66.6	33.3	66.6	33.3	10	90	10	90
	39	83.3	16.6	100	0	100	0	100	0
Ser directo	15	66.6	33.3	83.3	16.6	60	40	70	30
	33	100	0	100	0	90	10	100	0
	36	83.3	16.6	100	0	90	10	90	10
Ser honesto	5	83.3	16.6	100	0	90	10	90	10
	16	83.3	16.6	83.3	16.6	80	20	70	30
	29	83.3	16.6	83.3	16.6	100	0	90	10
	32	100	0	83.3	16.6	100	0	100	0
	34	100	0	100	0	60	40	90	10
	35	100	0	100	0	80	20	100	0
	40	66.6	33.3	33.3	66.6	30	70	30	70
Ser apropiado	6	100	0	100	0	90	10	100	0
	19	100	0	83.3	16.6	80	20	100	0
	20	100	0	100	0	90	10	100	0
	24	83.3	16.6	83.3	16.6	90	10	90	10
	38	66.6	33.3	66.6	33.3	20	80	30	70
Expresar opinión	12	100	0	100	0	40	60	90	10
	13	66.6	33.3	33.3	66.6	70	30	60	40
	21	83.3	16.6	83.3	16.6	60	40	60	40
	23	66.6	33.3	83.3	16.6	70	30	100	0
	30	100	0	100	0	70	30	90	10
Saber escuchar	11	100	0	100	0	100	0	90	10
	28	100	0	83.3	16.6	100	0	100	0
Ser positivo	7	66.6	33.3	100	0	90	10	100	0
	8	83.3	16.6	83.3	16.6	90	10	100	0
	9	83.3	16.6	83.3	16.6	50	50	80	20
	10	100	0	100	0	100	0	100	0
Lenguaje no verbal	1	100	0	100	0	70	30	100	0
	2	83.3	16.6	100	0	100	0	80	20
	3	83.3	16.6	100	0	100	0	100	0
	4	83.3	16.6	83.3	16.6	80	20	90	10
	17	100	0	100	0	100	0	100	0

(SI= presencia de la conducta asertiva, NO= ausencia de la conducta asertiva)

Como puede observarse las conductas asertivas que cambiaron por categorías en ambos grupos fueron: *respeto por los demás* (reactivo 26) donde se encontró que en el G1 disminuyeron los comentarios hirientes hacia los demás y en el G2 (reactivo 14) incrementaron las críticas hacia personas desconocidas. En cuanto a *expresar opinión* en el G1 (reactivo 13) mostró una disminución en la prevalencia de la opinión sobre la de los demás y en el G2 (reactivos 12 y 23) incremento la expresión de opiniones sin agredir u ofender a los demás. *Ser positivo* en el G1 (reactivo 7) incremento la visión positiva hacia los demás y en el G2 (reactivo 9) incremento la visión positiva de si mismo.

En cuanto a los reactivos que cambiaron con una mínima frecuencia (un sujeto) en el G1 fueron: 3 (*lenguaje no verbal*), lo cual indica que mejoró el tono de voz en las conversaciones, enfatizando aquellas palabras o frases importantes y 5 (*ser honesto*) donde se incremento la lógica entre lo que dice y hace la persona. En el G2 reactivo 4 (*lenguaje no verbal*) mostró un incremento en la claridad y velocidad con la que hablan y en el reactivo 5 (*ser honesto*) se mantuvo está conducta.

Respecto a los reactivos que se mantuvieron durante la evaluación en el programa en ambos grupos fueron: respeto por los demás (27), ser apropiado (24), ser positivo (10) y lenguaje no verbal (17).

NIVEL SUBJETIVO DE RELAJACIÓN

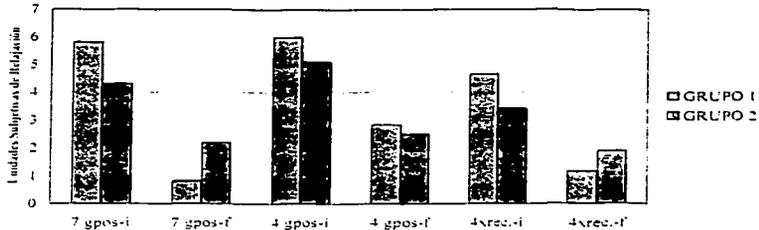
En la Tabla 17, se puede ver que no existen diferencias significativas en el Nivel Subjetivo de Relajación (NSR) durante las tres sesiones del programa (al inicio y al final); en 7 grupos ($t=1.22, p=.243$ y $t=1.19, p=.251$), en 4 grupos ($t=.625, p=.542$ y $t=.258, p=.800$) y en 4 grupos musculares por recuento ($t=1.35, p=.196$ y $t=-.823, p=.425$).

Tabla 17. Niveles Subjetivos de Relajación por grupos musculares en G1 y G2.

GRUPOS	7GPOS		4GPOS		4GPOSXREC.	
	I	F	I	F	I	F
G1	X=-5.83 DS=2.63	X=.83 DS=.98	X=6 DS=2.19	X=2.83 DS=2.31	X=4.66 DS=.81	X=1.16 DS=.98
G2	X=4.30 DS=2.31	X=2.20 DS=2.65	X=5.1 DS=3.07	X=3.07 DS=3.59	X=3.40 DS=2.17	X=1.90 DS=2.02
	T=1.22 P=.243	T=1.19 P=.251	T=.625 P=.542	T=.258 P=.800	T=1.35 P=.196	T=-.823 P=.425

Como se observa en la Figura 4, el G1 reportaba sentirse más ansioso que el G2 al inicio del entrenamiento en relajación. Se puede apreciar como el nivel subjetivo de relajación, al final del ejercicio, fue significativamente menor que al inicio del mismo. Se observan mayores beneficios del NSR para el G1 que para el G2.

Figura 4. Nivel Subjetivo de Relajación en ambos grupos.

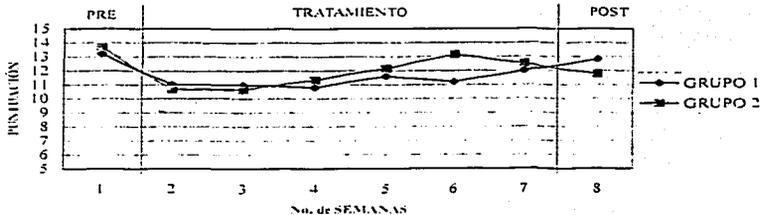


ACTIVIDADES DE AUTOCAUIDADO

Dieta:

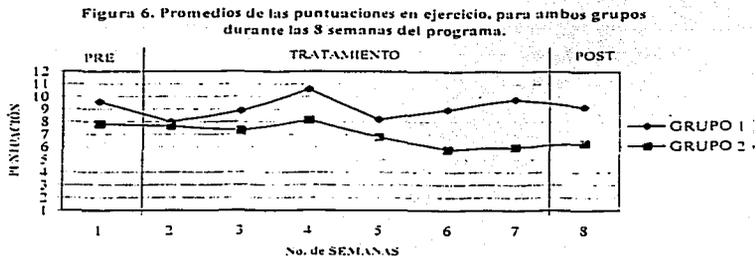
En lo que respecta a las actividades de autocuidado monitoreadas durante la duración del programa, la figura 5, no muestra cambios significativos en ambos grupos, lo que indica que los pacientes no modificaron sus hábitos alimenticios.

Figura 5. Promedios de las puntuaciones en dieta, para ambos grupos durante las 8 semanas del programa.



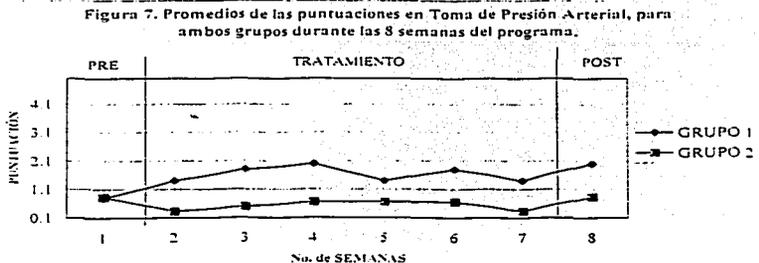
Ejercicio:

En la Figura 6. los pacientes del G1 inicialmente mencionaban que hacían menos ejercicio que los pacientes del G2. al monitorear el número de días en que hacían ejercicio, se encontró que el G1 practica menos ejercicio que el G2.



Monitoreo de la Presión Arterial:

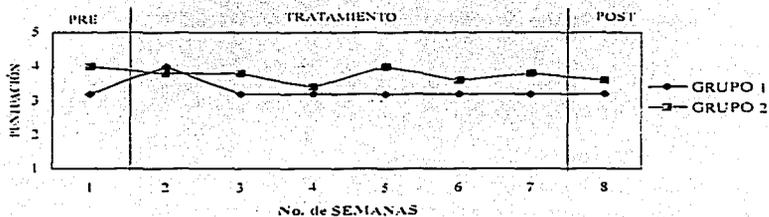
Como se ve en la Figura 7 el G1 se toma en promedio un día a la semana su presión, en cambio el G2 se la toma dos veces a la semana.



Medicación:

En la toma de medicamento se encontró que no hay cambios importantes, dado que los pacientes cumplen con la indicación de la ingesta de medicación.

Figura 3. Promedios de las puntuaciones en medicación, para ambos grupos durante las 8 semanas del programa.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Considerando que las hipótesis de investigación fueron: que los pacientes con hipertensión arterial primaria o esencial mostrarían una diferencia significativa en el puntaje de ansiedad rasgo que el grupo con hipertensión secundaria después de haber participado en el programa para el manejo de la ansiedad; y que los pacientes con hipertensión arterial primaria o esencial mostrarían una diferencia significativa en sus cifras de presión arterial que el grupo con hipertensión secundaria después de haber participado en el programa para el manejo de la ansiedad.

Se concluye que la primera hipótesis no se cumple, al encontrarse que no hay diferencias estadísticamente significativas en ansiedad rasgo, sin embargo en el GI si hubo una disminución de está, aunque de acuerdo al puntaje del instrumento se mantiene en el rango de ansiedad, lo cual es apoyado por Mías (2000) y contrario a lo reportado por Camuñas, Pérez e Iruarrizaga, 2000; Camuñas, García, Vivas, Morales y Aranda (2001), donde reportan que en programas como este la ansiedad tiene cambios significativos en los pacientes.

Con respecto a la segunda hipótesis, aún cuando no hay diferencias estadísticamente significativas en las cifras de presión arterial, al inicio y al final del programa, en ambos grupos. Se encontró que, al calcular los promedios en mm Hg, en la pre y postevaluación de (cada grupo) muestran una diferencia que, concuerda con datos empíricos reportados por otros estudios (García-Vera, Labrador y Sanz, 1996; Austin, 2001 y Jáuregui, De la Torre y Gómez, 2002). Por lo que se puede decir que no es un criterio el estatus clínico de los pacientes para obtener beneficios de un programa psicológico como este.

En las características demográficas y clínicas de los pacientes hipertensos, se encontró que estadísticamente los grupos fueron homogéneos, sin embargo existe una diferencia en la desviación estándar, por lo que habrá que tomar con cautela los datos presentados debido a factores como el número de sujetos entre un grupo y otro, y el total de la muestra que no permiten una generalización de los mismos en estos pacientes.

En lo que respecta a las técnicas que se utilizaron en este programa (el entrenamiento en relajación muscular progresiva y entrenamiento asertivo), a pesar de no poder establecer cuál tiene mayor efectividad en los pacientes, cabe señalar que los resultados muestran que la relajación muscular progresiva puede estar asociada a los cambios o disminución de cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial primaria o esencial, tal vez por el componente fisiológico (respuesta del sistema nervioso autónomo) como se menciona en las investigaciones de Amigo y Buceta, 1990; Vidal, 1990, Calvete y Sampedro, 1991 y Flores, 1998; y López 1996.

Aún así no se descarta la incidencia de variables extrañas que pudieran intervenir en los sujetos durante el programa, ya que no hubo un grupo control que sirviera como referente para afirmar que cualquier diferencia en la variable dependiente entre los dos grupos proviniera única y exclusivamente de la variable independiente. Un grupo control podría

ser aquel que sólo recibiera tratamiento farmacológico y el experimental aquel que recibiera tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico o solamente psicológico.

Cabe resaltar que a pesar de las limitantes mencionadas, existen aspectos a favor en el programa, como son el haber realizado una evaluación desde una perspectiva cognitivo-conductual que permitió conocer características clínicas (síntomas, período de evolución de la enfermedad, tratamiento, medicación, etc...) y psicológicas (ansiedad y asertividad) de los pacientes. Así como también un monitoreo de las actividades de autocuidado llevadas a cabo por los sujetos durante todo el programa, lo cual permite poder controlar las variables extrañas que pudieran haber estado presentes en este aspecto o haber influido en la disminución de cifras de presión arterial.

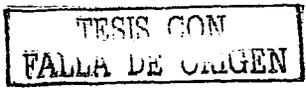
Por otra parte, ofrece alcances importantes en esta línea de investigación, como es el de conocer e implementar nuevas formas de prevención y tratamiento para pacientes hipertensos (no importando su estatus clínico), con la finalidad de que disminuyan o mantengan sus cifras de tensión arterial y evitar futuras complicaciones.

Se sugiere que para futuras investigaciones donde se pretenda llevar a cabo un programa en manejo de la ansiedad para pacientes con hipertensión, se establezcan un número reducido de sesiones (por la inconsistencia de los pacientes), monitoreo de variables higiénico-dietéticas que pueden relacionarse con el incremento y mantenimiento de cifras de presión arterial como la obesidad, dado que la hipertensión es de naturaleza multicausal. Contar con una muestra más amplia para poder establecer resultados más confiables; así como recursos humanos suficientes para atender las necesidades de los grupos (apoyo para contestar instrumentos y toma de presión arterial); recursos materiales y establecer fases de seguimiento (un mes, 3 meses, 6 meses) que permita conocer el impacto del programa después de haber recibido el tratamiento, para ver si los beneficios obtenidos se mantienen a mediano y largo plazo.

Así como también, emplear un instrumento para evaluar la variable asertividad más confiable que permita aceptar o rechazar los resultados encontrados, y que sea más concreto y sencillo, esto es, que permita ofrecer explicaciones más claras de está variable.

En conclusión al comparar las cifras de tensión arterial de los grupos (sistólicas y diastólicas) no existe una diferencia significativa de estas. Encontrándose que en la evaluación intragrupal existe una disminución de las cifras de presión arterial, siendo estas más evidentes en las cifras de presión sistólicas.

Tomando en cuenta el promedio de edad de la muestra los beneficios en cuanto a prevención de enfermedades tales como: cardiopatías coronarias, insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad renal (que guardan una relación con la elevación de las cifras sistólicas, según la OMS, 1996) pueden ser más importantes ya que autores como Velázquez, Rosas, Lara, Pastelín, Attie y Tapia, (2002) mencionan que dichas cifras adquieren mayor relevancia a partir de los 50 años.



Aún cuando en este estudio no se puede determinar cambios estadísticamente significativos en la ansiedad rasgo y las cifras de presión arterial (sistólicas y diastólicas), debido al tamaño de la muestra, se reconoce la utilidad de las técnicas psicológicas incluidas en este tipo de intervenciones, que pueden agregarse a un tratamiento farmacológico e incrementar los beneficios en los pacientes hipertensos, no importando su estatus clínico.

Finalmente, se reconoce que la participación del psicólogo en el equipo de salud, se hace cada vez más importante para la creación de programas de prevención y tratamiento de la hipertensión, que constituyen una alternativa para el control, fortalecimiento y mantenimiento de la salud de los pacientes con hipertensión.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, E. (1997). Domina el Manejo del Estrés. Colombia: Árbol
- Aguilar, E. (2000). Cómo Ser tu mismo sin Culpas. México: Pax.
- Alberti, R. y Emmons, M. (1999). Viviendo con Autoestima. Como fortalecer con asertividad lo mejor de tu persona. México: Pax-México.
- Amigo, I. y Buceta, J. M. (1990). Contribución Psicológica al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Madrid: Eudema.
- Benson, M. (1977). Systemic Hypertension and Relaxation Response. New England Journal of Medicine. 296. 1152-1156.
- Berstein, D y Borkovec. T. (1983). Entrenamiento en Relajación Prouesiva. España: Descleé De Brouwer.
- Bianchi, M. (2001). II Consenso de Hipertensión Arterial. Disponible en : <http://www.suc-uruguay.org/consenso-hta-01.htm>
- Bolaños, S. (2000). Hipertensión después de los 60 años. Disponible en: <http://www.nacion.com/enforma/2000/marzo/03/enforma6.html>
- Caballo, V. E. (1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. México: Siglo XXI.
- Camuñas, N.; García, E.; F. Vivas; Morales, C y Aranda D. (2001). Intervención Psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión arterial esencial. Revista de Psicología. 5 (3) Disponible en : www.psiquiatria.com/psicologia/revista/62/2439/?--interactivo
- Camuñas, N.; Pérez, M. A. e Iruarizaga, I. (2000). Intervención en Ansiedad e Ira en Pacientes Hipertensos. Interpsiquis. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatico/tratamientos/1887>
- Calvete, E. y Sanpedro, R. (1991). Patrones Individuales de Reactividad al Estrés: Componentes Cardiovasculares y Subjetivos. Revista de Psicología General y Aplicada. 44. 427-434.
- Castanyer, O. (2002). La Asertividad: Expresión de una Sana Autoestima. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Cea-Urgarte, J (2000). Estrategias de Afrontamiento e Hipertensión Esencial. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 4 (7). Disponible en: <http://www.reconquista.com.ar>
- Chávez, R.; Acoltzin, C.; Carboneit, A.; López, J.; Moragrega, J.L. y Rendón, J. (1995). Primer consenso Nacional de Hipertensión Arterial. Definición, Causas, Clasificación. Epidemiología y Tasas de Mortalidad. Revista Mexicana de Cardiología. 6, S9-S14.

Chodzinski, J. (2000). The effected of Rhythmic on Blood Pressure in Hypertensive Adults. Journal of Undergrade Research. Disponible en : <http://www.mind-body-medicine.com/research.htm>.

Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2000). Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Disponible en: <http://www.fae.org.ar/fases/publica/revista/01v30n1/mercosur.htm>.

Coutin, G. (2001). El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. Verificación de una hipótesis. Unidad Nacional de Análisis y Tendencia de Salud. Revista Cubana de Medicina. 40 (2). 103-108.

Ellis, A. (1998). Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. México: Siglo XXI.

Flores, F. (1998). Relajación. Trípticos Informativos del Departamento de Psicología. Subdirección de Investigación y Medicina del Deporte. UNAM.

Flores, M. (1994). Asertividad, Conceptualización, Medición y su Relación con Otras Variables. México: Facultad de Psicología. UNAM.

Fodor. (1993). citado en: López, R. (1996). La relajación como una de las Estrategias Psicológicas de Intervención más utilizadas en la Práctica Clínica Actual. Parte I. Revista Cubana de Medicina General e Integral. 12 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas7mgi/vol12_4_96/mgi08496.htm

García-Vera, M.; Labrador, F. y Sanz, J. (1996). En: Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la Salud. México: Plaza y Valdes.

González, A. y Amigo, I. (1998). Valoración de la Eficacia Clínica y Ambulatoria de los Programas de Manejo del Estrés en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial. Revista de Psicología de la Salud. 4 (1) . 63-76.

Grossman, E. (1989) Disparate Hemodinamic and Sympathoadrenergic Responses to Isometric and Mental Stress in Essential Hypertension. American Journal of Cardiology. 64. 42-44.

Heine (1985). En: Weatley, D. (1985). Estrés y Corazón. México: CECSA

Hernández, R.; Fernández, C.; y Baptista, P. (2000). Metodología de la Investigación. México: Mc GrawHill.

INEGI (2000). Vigilancia Epidemiológica del año 2000. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Irvine, Garner, Olmsted y Logan. (1989). En: Montes de Oca, C. (1996). El papel de la ansiedad en la Hipertensión Arterial Esencial: ¿Rasgo de personalidad o un efecto del diagnóstico?. Tesis de Licenciatura. F.E.S. Zaragoza. U.N.A.M. México, D.F.

Jacobson (1939). En: Russell, M. (1988). Stress Management for Chronic Disease. Nueva York: Pergamon Press.

Jacob, R.G.; Chesney, M.A.; Williams, D.M.; Yijun Ding, B.S.; y Shapiro, A.P. (1991) Relaxation Therapy for Hypertension: Design effects. Annals of Behavioral Medicine. 13 15-57.

Jáuregui, J.; De la Torre, A. y Gómez, G. (2002). Control del Padecimiento en Pacientes con Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial: Impacto de un Programa Multidisciplinario. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 40 (4). 306-318.

Joint Nacional Comité. 1988: Guidelines Sub-Committee of the WHO. 1989: British Medical Research Council Working Party. 1988 y Chockalingam, et al., 1988. En: Rodríguez, G. (1999). Intervenciones no Farmacológicas para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial. México: Porrúa.

Jurado (1997). Entrenamiento Asertivo. México: Cromo Color.

Ladouceur, R.; Fontaine, O. y Cottrauy, J. (1994). Terapia Cognitiva y Comportamental. México: Mossar.

Latorre, J. (1992). Psicología de la Salud. México: Lumen.

Lezana, M. A., Velázquez, O., Álvarez, C. H. y Hernández, J. M. (1990). Información Epidemiológica para la Elaboración del Diagnóstico de Salud en México, 1988. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108 (2). 169-171.

Lollis, C. (2000). Programas para Relajarse contribuyen a Reducir la Presión Arterial. Disponible en: <http://cnnenespañol.com/2000/salud/07/18/relajación/>

López, R. (1996). La relajación como una de las Estrategias Psicológicas de Intervención más utilizadas en la Práctica Clínica Actual. Parte I. Revista Cubana de Medicina General Integral. 12 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/7mgii/vol12_4_96/mgii08496.htm

Mías, C. D. (2002). Intervención cognitivo-comportamental en el tratamiento de la hipertensión esencial. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/articulos/arias02.htm>

Montes de Oca, C. (1996). El papel de la ansiedad en la Hipertensión Arterial Esencial: ¿Rasgo de personalidad o un efecto del diagnóstico?. Tesis de Licenciatura. F.E.S. Zaragoza. U.N.A.M. México, D.F.

Organización Mundial de la Salud (1996). Control de la Hipertensión. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Suíza. Ginebra.

Peña, P. M. (1992). En: López, R. (1996). La relajación como una de las Estrategias Psicológicas de Intervención más utilizadas en la Práctica Clínica Actual. Parte I. Revista Cubana de Medicina General e Integral, 12 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas7mgi/vol12_4_96/mgi08496.htm

Rojas, E. (1989). La Ansiedad; Como Diagnosticar y Superar el Estrés, las Fobias y las Obsesiones. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

Rodríguez, L.; Herrera, V.; Torres, J. y Ramírez, R. (1997). Factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. Revista Cubana de Medicina General e Integral, 13 (5). 474-481.

Secretaría de Salud. (1996). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>

Schneider, R.; Staggers, F.; Alexander, C.; Sheppard, W.; Rainforth, M. y Kodwani K. (1995). A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. Hypertension, 26, 820-829.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2000). Sistema Único de Información Epidemiológica, 16 (52).

Solis, M. y García R. (2002) Cuidados de Enfermería en la Hipertensión Arterial Sistémica. Archivos de Cardiología de México, 72 Supl. 1, S296-S300.

Spielberger, C. D. (1972) En: Kendall, C. (1988). Psicología Clínica: Perspectivas Científicas y Profesionales. México: Limusa.

Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE-Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.

Stainbrook, G. (1988). En: Russell, M. (1988). Stress Management for Chronic Disease. Nueva York: Pergamon Press.

Swanson, D.W. (2001). Guía de la Clínica Mayo sobre Hipertensión. México: Intersistemas.

The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.(1997). Archives of Internal Medicine, 157, 2413-2446.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tobal y Casado. (1994). En: Camuñas, N.; García, E.; F. Vivas; Morales, C y Aranda D. (2001). Intervención Psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión arterial esencial. Revista de Psicología, 5 (3). Disponible en : www.psiquiatria.com/psicologia/revista.62/2439/1---interactivo

Toobert, T. y Glasgow, R. (1996). En : Bradley, C. (1996). Handbook of Psychology and Diabetes. Diabetes Research Group, Royal Holloway, University of London. Amsterdam: Harwood Academic.

Velázquez, O.; Rosas, M.; Lara, A.; Pastelín, G.; Attie, F. y Tapia, R. (2002) Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Archivos de Cardiología de México, 72 (1), 71-84.

Vidal, M. (1990). Relajación Muscular Progresiva: Protocolo de la Técnica. Revista de Psicología del Deporte, 3, 42-49.

Villareal, E.; Mathew, A.; Garza, M.; Núñez, G.; Salinas, A. y Gallegos, M. (2002). Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Pública de México, 44 (1), 7-13.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Anexo 1

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Últimas cifras de presión: _____ Fecha: _____

1. Tiempo de diagnóstico de su hipertensión: _____

2. ¿Qué tratamientos ha recibido para el control de su hipertensión desde que fue diagnosticada? _____

3. ¿Qué medicamentos toma actualmente para el control de su hipertensión? y ¿en qué dosis? _____

4. De los siguientes síntomas de la hipertensión, ¿cuales se aplican a usted?

△ Dolor de cabeza.

△ Zumbidos

△ vértigo o mareos.

△ Somnolencia.

△ Hemorragia Nasal.

△ Ojos enrojecidos.

△ Var lucécitas.

△ Otros (mencione cuáles): _____

5. ¿En su familia hay personas con hipertensión?

Si ¿quiénes? _____

No

6. ¿A qué atribuye su hipertensión? _____

7. ¿Qué hace usted para controlar su hipertensión? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8 De los siguientes trastornos ¿ Cuáles padece usted ?

- Problemas renales.
- Diabetes.
- Infecciones urinarias.
- Problemas visuales.
- Otros (mencione cuales): _____

9 De los siguientes factores ¿ cuales se aplican a usted ?

A) Higiénico dietéticos:

- Alcoholismo (beber más de 2 copas de alcohol/día)
- Tabaquismo (fumar más de 5 cigarrillos/día)
- Obesidad
- Sedentansmo
- Alto consumo de sal
- Dieta rica en grasas animales

B) Psicosociales:

- Ocupación y medio laboral estresante
- Personalidad estresante (e.g. se irrita fácilmente, se siente culpable mientras descansa, programa actividades en menos tiempo, etc.)
- Medio ambiente estresante (e.g., con problemas familiares, de pareja, económicos, etc.).
- Ansiedad
- Depresión

10 Actualmente, ¿ cuál de las siguientes actividades realiza con regularidad ?

- Ejercicio físico ¿ qué tipo de ejercicio ? _____
- Alguna actividad recreativa ¿ cual ? _____
- Seguir una dieta por indicación médica ¿cual? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS
DE LA BIBLIOTECA

IDARE-R

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que empleamos para describirnos aparecen abajo. Lea cada frase y tache el número que mejor describa la forma en la que se siente generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente empleando la siguiente escala:

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre

21. Me siento bien	.....	1	2	3	4	()
22. Me canso rápidamente	.....	1	2	3	4	()
23. Siento ganas de llorar	.....	1	2	3	4	()
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	.....	1	2	3	4	()
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	.....	1	2	3	4	()
26. Me siento cansado	.....	1	2	3	4	()
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	.....	1	2	3	4	()
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	.....	1	2	3	4	()
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	.....	1	2	3	4	()
30. Soy feliz	.....	1	2	3	4	()
31. Tomo las cosas muy a pecho	.....	1	2	3	4	()
32. Me falta confianza en mí mismo	.....	1	2	3	4	()
33. Me siento seguro	.....	1	2	3	4	()
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	.....	1	2	3	4	()
35. Me siento melancólico	.....	1	2	3	4	()
36. Me siento satisfecho	.....	1	2	3	4	()
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	.....	1	2	3	4	()
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	.....	1	2	3	4	()
39. Soy una persona estable	.....	1	2	3	4	()
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	.....	1	2	3	4	()

EVALUANDO SU COMPORTAMIENTO ASERTIVO

NOMBRE: _____ FECHA: _____
INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de situaciones, marque con una X la opción que mejor describa su comportamiento asertivo. Recuerde no hay respuestas correctas e incorrectas.

	SI	NO
1. Cuando habla con alguien, ve a los ojos, su expresión es firme y segura.....	()	()
2. Sus ademanes o gestos son congruentes con lo que quiere expresar.....	()	()
3. Su tono de voz es adecuado y enfatiza las palabras clave o más importantes.....	()	()
4. La velocidad con la que habla es adecuada, ni demasiado rápida o lenta.....	()	()
5. Normalmente hace lo que dice que hará.....	()	()
6. Es capaz de guardar información confidencial, cuando alguien se lo pide.....	()	()
7. Suele ver lo positivo de los demás y se los dice con honestidad.....	()	()
8. Suele ver lo positivo de las cosas o situaciones y lo señala.....	()	()
9. Cuando habla de su persona, lo hace positivamente, señalando sus éxitos y deseos, sin parecer presuntuoso.....	()	()
10. Si lo elogian, responde adecuadamente con gusto.....	()	()
11. Cuando conversa con los demás, los escucha sin interrumpir.....	()	()
12. Cuando existen distintas opiniones emite la suya frenando el impulso de opinar en todo.....	()	()
13. Cuando existen distintas opiniones, emite la suya sin demandar que prevalezca sobre las demás.....	()	()
14. Cuando no sabe lo suficiente de las personas, suele criticarlas o rechazarlas.....	()	()
15. Cuando está en desacuerdo con alguien lo hace sin ofender o agredir.....	()	()
16. Cuando sucede un problema tiende a asumir su responsabilidad que culpar a los demás.....	()	()
17. Cuando otras personas le hablan, las mira a los ojos y expresa interés.....	()	()
18. Cuando se ha llegado a algún acuerdo, tiende a ya no discutirlo.....	()	()
19. Sólo da consejos o recomendaciones si se lo piden.....	()	()
20. Cuando hace comentarios busca que éstos sean apropiados a la situación o al momento.....	()	()
21. Cuando pide algo lo hace demandando rapidez.....	()	()
22. Trata de ser sensible a la situación por la que otros pasan sin por ello renunciar a sus metas.....	()	()
23. Puede decir NO sin agredir o sentirse culpable.....	()	()

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- | | | |
|--|-----|-----|
| 24. Cuando otras personas están ocupadas trata de no permanecer con ellas demasiado tiempo..... | () | () |
| 25. Cuando desea usar cosas que no le pertenecen, pide permiso para hacerlo..... | () | () |
| 26. Cuando hace bromas suele ser hiriente..... | () | () |
| 27. Cuando una persona se equivoca usted tiende a burlarse o hacer comentarios negativos..... | () | () |
| 28. Cuando otras personas opinan, trata de escuchar, tomar en cuenta y entender sus puntos de vista..... | () | () |
| 29. Si encuentra información válida en contra de su punto de vista, lo modifica..... | () | () |
| 30. Si surge algún conflicto con otra persona busca llegar a un arreglo o acuerdo constructivo..... | () | () |
| 31. Si los demás no lo entienden, busca aclarar y mejorar sus habilidades de comunicación en lugar de quejarse o hacerse la víctima..... | () | () |
| 32. Si habla con varias personas se dirige a todas, en lugar de concentrarse sólo en una de ellas..... | () | () |
| 33. Si hacen algo por usted expresa su agradecimiento..... | () | () |
| 34. Si le piden ayuda, trata de darla sin preguntar..... | () | () |
| 35. Cuando trabaja en equipo (hogar, escuela, trabajo) trata de compartir las responsabilidades equitativamente..... | () | () |
| 36. Cuando explica algo lo hace en forma directa, sin rodeos o rebuscamientos..... | () | () |
| 37. Si se equivoca, lo acepta sin justificaciones defensivas..... | () | () |
| 38. Cuando habla de usted mismo(a) se excede o extiende de tal forma que los demás pierdan el interés..... | () | () |
| 39. Es puntual y respeta sus compromisos (personales, familiares, escolares, laborales)..... | () | () |
| 40. Cuando conversa en grupo, su plática es la que domina..... | () | () |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CATEGORÍAS DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO

Las categorías que propone Aguilar (2000) para evaluar el comportamiento asertivo, se presentan a continuación:

Respeto por sí Mismo: Se refiere a la consideración que se tiene a los demás, sin olvidar los propios deseos o intereses, manteniendo la relación humana.

Respeto por los Demás: Se refiere al respeto y al trato digno que hay que tener por los demás, distinguiendo claramente que también tienen los mismos derechos que nosotros. También implica intentar que la forma en la que nos acerquemos a los demás sea responsable, sensitiva, cortés y sin olvidar o menospreciar los propios deseos, creencias y opiniones, es decir, expresar los mensajes sin ofender.

Ser Directo: Se refiere a los mensajes transmitidos, los cuales deben de ser lo suficientemente claros y directos tanto en la expresión de afecto positivo o en la manifestación de cosas nos molestan o desagradan, evitar caer en el juego de la adivinanza o la confusión.

Ser Honesto: Se refiere a la necesidad de reflejar nuestros pensamientos, sentimientos o creencias para facilitar la comunicación. La presión y congruencia de lo que pensamos y sentimos.

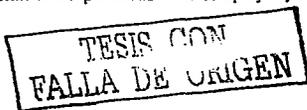
Ser Apropiado: Se refiere a la necesidad de tomar en cuenta lo que decimos o escuchamos, tanto en el contexto en donde ocurre la comunicación (lugar) como el momento en que nos expresamos.

Expresar Opinión : Se refiere a las diversas formas de decir las cosas que dependen del objetivo que se persigue en cualquier interacción. En términos generales se puede señalar que la regla como expresión es la misma que nos gustaría que tuvieran los demás hacia nosotros.

Saber Escuchar: Se refiere al proceso activo que requiere un genuino esfuerzo para comprender lo que los demás quieren transmitirnos.

Ser Positivo: Quiere decir que aprendamos a señalar las cosas acertadas, agradables de las demás personas y de uno mismo.

Lenguaje No Verbal: Se consideran componentes no verbales de la conducta el contacto visual, la expresión facial, los movimientos de las manos y pies, la postura, orientación del cuerpo, distancia, elementos vocales como la sonoridad, la fluidez, la velocidad con que se habla, tono e inflexión de voz. Es importante que la comunicación se dé en armonía verbal y no verbal; es decir, que los componentes que acompañan a las palabras den el apoyo y la fuerza suficiente o necesaria.



Anexo 5
REGISTRO DE SITUACIONES ANSIOSAS

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Intente identificar alguna situación que le haya producido ansiedad y descríbalas a continuación.

SITUACIÓN	¿QUÉ SINTIÓ EN SU CUERPO?	¿QUÉ PENSÓ?	¿QUÉ EMOCIONES PROVOCÓ EN UD?	¿QUÉ HIZO?	¿CUÁLES FUERON LAS CONSECUENCIAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 6

EVALUACIÓN DE HABILIDAD ASERTIVA EN SITUACIONES QUE PRODUCEN ANSIEDAD

Nombre: _____

Fecha: _____

Situación de conflicto interpersonal

LEI ella dice o hace _____

(Describe cuál fue el mensaje recibido o acción realizada).

2. Yo pensé: _____

(Describe exactamente lo que pensó en ese momento).

3. Yo sentí: _____

(Describe cómo se sintió).

4. Yo dije o hice: _____

(Describe su conducta no asertiva o agresiva).

5. Ante esta situación yo necesito mejor pensar que:

(Describe los pensamientos que le ayuden, de acuerdo a lo que ud. conoce sobre asertividad, a tener un mayor control de la situación).

6. Ante esta situación yo necesito mejor decir que:

(Añade de acuerdo a lo que ud. conoce sobre asertividad, un nuevo mensaje asertivo que le ayude a tener un mayor control de la situación).

(Aguilar, 1997)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 7
ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones Las preguntas de abajo se refieren a las actividades de autocuidado que usted ha tenido de su hipertensión durante los últimos 7 días. Si estuvo enfermo durante los últimos 7 días, piense en los 7 días anteriores que no estuvo enfermo. Por favor conteste las preguntas de la manera más honesta y precisa que pueda. Sus respuestas son confidenciales.

DIETA

Las primeras preguntas se refieren a sus hábitos alimenticios en los últimos siete días. Si su doctor o dietista no le ha indicado una dieta específica, sólo conteste la pregunta 1.

1. ¿Con qué frecuencia siguió su dieta recomendada durante los últimos siete días?

- 4) Siempre 3) Usualmente 2) Algunas veces
1) Rara vez 0) Nunca

2. ¿De los últimos siete días, en cuántos redujo adecuadamente sus calorías como se le recomendó en su alimentación para el control de su hipertensión?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Durante la última semana, ¿cuántos de sus alimentos incluyeron comidas altas en fibras, como pan de trigo entero, frijoles secos y chícharos, trigo, etc?

- 0) Ninguno 1) Pocos 2) La mitad
3) La mayoría 4) Todos

4. Durante la última semana, ¿cuántos de sus alimentos incluyeron comidas altas en grasas, tales como mantequilla, helado, aceite, nueces, semillas, mayonesa, comida frita, aguacate, aderezos para ensalada, embutidos y otras carnes con grasa o piel?

- 4) Ninguno 3) Pocos 2) La mitad
1) La mayoría 0) Todos

EJERCICIO

5. ¿En cuántos de los últimos 7 días practicó por lo menos 20 minutos de ejercicio físico?

0 1 2 3 4 5 6 7

6. ¿En cuántos de los últimos siete días practicó ejercicio además del que hace en la casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

7. ¿En cuántos de los últimos siete días (que usted no estuvo enfermo) se midió la presión arterial?

0 1 2 3 4 5 6 7

MEDICAMENTOS PARA LA HIPERTENSIÓN

8. ¿Cuántas pastillas recomendadas para el control de la hipertensión tomó?

- 4) Todas 3) La mayoría 2) Algunas
1) Ninguna 0) No tomó pastillas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN