



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AFRONTAMIENTO AL ESTRES, CALIDAD DE VIDA Y
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS:
EFECTO DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

GABRIELA VIRGINIA CEBALLOS MARTINEZ

RICARDO LAGUNA LOPEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

El estudio objeto de la presente tesis fue posible gracias al subsidio 34579-H del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México y apoyos adicionales del programa de Adherencia Terapéutica de la Dirección de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, bajo la dirección del Doctor Eduardo Sabido, de México. El apoyo se agradece muy especialmente y finalmente el apoyo proporcionado por Papiit IN312002.

México, D. F.

Junio del 2004

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

Ψ
TRINIA
AÑOS A LA
VANGUARDIA
FACULTAD DE PSICOLOGIA





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.

*El fin de una etapa es
sólo el comienzo de otra.
Los riesgos sorteados son
la preparación necesaria
para transitar mejor la
siguiente. La búsqueda
inesistente de los sueños
convierte la vida en la
propia gran aventura...*

Agradecimientos

Gaby

A Dios por darme la oportunidad de seguir disfrutando esta emocionante aventura que es la vida.

A José y Josefa, Virginia y Felipe por todo su amor, cariño, enseñanzas y por su fe en mí.

A mis padres Enrique y Lupita por darme todo lo bueno de sí, por su apoyo, paciencia, confianza, por sus enseñanzas y sobre todo por el amor que me dan.

Gracias a Carmina y José, cómplices en mi aventura, gracias por sus consejos, por sus bromas, por su cariño y paciencia, por todo lo que me han enseñado...

Dirk, por todo tu amor, ternura, cariño, paciencia, por las porras, por las aventuras que hemos disfrutado juntos, tu confianza, y el apoyo siempre me has ofrecido en todo. Te Amo.

Karina... amiga, el tiempo nos ha engañado y siempre estamos ahí, por todo lo compartido, lo sufrido, lo divertido y lo que vendrá.

A mis amig@s pumas Sandra, Nelly, Carmen, Zulema, Dulce, Esmeralda, Mauricio, Omar, Fernando, Gabo, Marcos, Raúl, Isra, Adrián... y los que en este momento no recuerdo, gracias por compartir conmigo el camino y la estancia en esta hermosa y única universidad.

A todo el equipo de Medicina Conductual (Rebe, Raquel, Clau, Luz, Betsabé, Edith, Naara, Raúl, Lety, Tere, Nancy, Jonathan y Andrés) que me recibió con los brazos abiertos, en el que encuentre amigos, aprendí lecciones muy valiosas y con el cual pase momentos muy gratos.

A mis amigos del cubículo H, Angélica, Jackeline, Marlette, Janneth, Ricardo, Patoni, Gustavo, Naara, Carlos, Lulu y Haydee, por su apoyo, enseñanzas, por su confianza, por los momentos que hemos compartido juntos en este último paso para finalizar mi camino por la licenciatura. Gracias por todo.

A Ricardo por su paciencia y porque logramos aguantar juntos los diversos obstáculos que se nos fueron presentando, al fin...terminamos!

AGRADECIMIENTOS DE RICARDO

¿Qué cosa mejor podemos traer en el corazón, pronunciar con la boca, escribir con la pluma, que estas palabras, "GRACIAS a Dios"? No hay cosa que se pueda decir con mayor brevedad, ni escuchar con mayor alegría, ni sentirse con mayor elevación, ni hacer con mayor utilidad, ¡GRACIAS por esta oportunidad de alcanzar este objetivo en mi ideal, porque de principio a fin me haz asistido en este proceso de la tesis, tu generosidad fue palpable en...

- ❖ la familia que me acompañó en este proyecto, porque representaron en mi corazón el consuelo, el puerto diario al que llegaba, el oasis en medio de un mundo complicado, azaroso; mi espacio humano y espiritual, como roca firme a la que acudí siempre y seguiré acudiendo como algo duradero y trascendente en mi vida:
- ❖ GRACIAS a mis padres Eugenio Laguna y Graciela López por su testimonio de vida, porque fueron mis primeros maestros, por su empeño, su dedicación, entereza, confianza, aliento, por inculcarme los valores esenciales de la vida, como el valor al crecimiento y desarrollo integral, por proveerme de todo lo necesario para lograr este éxito, pero sobre todo; por su Amor de padres que siempre sentí a lo largo de mi vida con plena satisfacción y felicidad, ¡GRACIAS papá, gracias mamá por apostarle a mi existencia! Los Amo.
- ❖ GRACIAS a mis hermanos: Blanca alias Blancura de mar, Ana Eugenia alias Geny, Bety Nancy alias Nancy y Fernando alias Fer el zorrillo porque han sido, mis confidentes, mis cómplices, mis aliados así como mis profesores y sinodales; cada uno me enseñó el arte de ser estudiante con sus distintos métodos; pero siempre orientándome desde su saber; su aportación en este trabajo influyó de manera importante, para que este pequeño (el hijo y hermano menor "yo") hiciera algo de su vida. Los Amo Carnales.
- ❖ GRACIAS a mi novia Irasema por su asistencia en mi vida por su insustituible amor, por que eres parte importante de la inspiración para terminar este reto y continuar con los futuros que nos hemos planteado desde la perspectiva del amor, estoy tomando en serio lanzar esa flecha lo más lejos, a la eternidad; para que así tu y yo juntos emprendamos el reto del amor en pareja y en comunión con Dios superemos toda calamidad. Eres mil mi amor gracias porque me apoyaste cañón en este trabajo por cada palabra de aliento, por cada gesto de apoyo y comprensión, por tu ternura al señalarme mis errores, por lo que representas en mi motivación para ser un hombre íntegro y en mil cosas más, bendita la hora que apareciste en mi vida nena, con tu compañía, reconozco lo afortunado que soy y seremos *"JUNTOS POR SIEMPRE EN LA FUGA" TE AMO chiquitolina.*
- ❖ GRACIAS a mis 6 sobrinos queridos Ana Luisa, MariFer, Rodrigo, Diego, Mariana y Jimena por ser parte de mi inspiración y motivación para ser un tío digno de ustedes, los amo y los quiero un chorro; que Dios me los bendiga pequeños.
- ❖ GRACIAS a mi extensa familia Laguna: a mis tíos, primos, sobrinos. A mis extrañados y amados abuelitos Pablo y Zenaida, a ustedes les dedico también

este esfuerzo, *GRACIAS* por su ejemplo y amor de abuelos, por lo que me transmitieron en vida, les elevo mis oraciones al cielo.

- ❖ *GRACIAS* a mi otra extensa familia López: a mis tíos, primos y sobrinos. A mis Abuelitos Enrique e Inocente; a mi abuelito de quien recibí muchísimo amor, consejos y su ejemplo de vida, abue te extraño muchísimo cómo desearía que estuvieres celebrando conmigo este momento, pero se que lo estás, así que tu y mi abuelita a quien te estamos cuidando con mucho Amor y recelo y de quien me siento muy dichoso por estar a su lado acompañándola en su vejez, no olvides pedirle a Dios por nosotros desde el cielo. *GRACIAS ABUES.*
- ❖ *GRACIAS* a la familia Castillo Alva: al sr. Federico, su esposa la Sra. Silvia, a Federico mi cuñado y su Esposa con angelito, al abuelito Balín, y su esposa, al tío Tomas e hijo, la tía Maru, mi colega, a Denis y familia de Guadalajara; por que me han acogido en su bella familia, por sus oraciones, por el titipuchal de atenciones, muestras de cariño y aceptación que he recibido de ustedes...*GRACIAS*
- ❖ *GRACIAS* al Dr. Juan José Sánchez Sosa porque me invitó a pertenecer al equipo de esta pandilla "*la pandilla de general*" y de este proyecto, al trabajar con usted comprendí lo grande que es su persona y su condición humana, gracias por el ejemplo de alegría, de amabilidad, de sabiduría, de generosidad, de ética y de capacidad para ser el psicólogo que quiero llegar a ser. La formación que me dejó fue determinante tanto en los aciertos como en los éxitos que he ido consiguiendo en el ejercicio de la psicoterapia cognitivo-conductual, gracias por su amistad brindada, por su entrega y aporte a este trabajo, por su entera confianza en Gaby y en mí como equipo. Me uno al homenaje que usted se merece por el inmenso aporte a nuestra disciplina que es la Psicología en lo general y a la salud mental en lo particular, mis respetos y admiración doc. *GRACIAS y que Dios lo bendiga.*
- ❖ *GRACIAS* a Gaby quien fue la persona indicada para emprender en equipo un trabajo tan laborioso y a veces exigente como fue la tesis, por ser una excelente amiga así como compañera de trabajo, sólo con alguien como tu, se puede llevar a cabo algo que para muchos es imposible "trabajar en equipo", *GRACIAS* por todo lo que pasamos juntos a lo largo de esta labor; por tu tolerancia a mi persona tan complicada de tratar, por tu apoyo en tantos momentos difíciles, por ser confidente y cómplice a la vez, por compartir tu saber y tu vida privada, por la oportunidad de conocer tu capacidad para ser una psicóloga de éxito. Te deseo toda la fortuna y abundancia en la vida, que Dios te bendiga en el camino de la vida, estás lista para emprender lo que quieras, que la ilusión de ser madre y esposa a lado de un buen hombre como Dirk llene de plenitud tu existencia. ¡*FELICIDADES Y GRACIAS POR CONCLUIR JUNTOS ESTE OBJETIVO!*
- ❖ *GRACIAS* a la pandilla del general a Gaby, Marlette, Olga, Jacqueline, Janneth, Arturo, Itzel, Patoni, Nara, Lulú, Carlos, Hayde; a todos ustedes los que trabajamos juntos en el cubo (el Heroico), por todo lo que aportaron a la tesis, por los obstáculos que superamos juntos, por sus porras, su amistad, por su aceptación y cariño; por compartir juntos los sagrados alimentos, por su dedicación a este proyecto en común, por lo que aprendimos y por lo que nos

falta compartir, infinitas gracias equipo. A Angélica quien con su disponibilidad, interés y el tipuchal de apoyo que a todos y a cada uno nos ha dado, le hago un distinguido reconocimiento por su paciencia, por su trato cortés que tanto nos aliviano en las urgencias, por su capacidad de servicio incondicional, en fin; por tu cariño y amistad sincera mil gracias, te vas ir al cielo chamaca.

- ❖ *GRACIAS* al Maestro Horacio Quiroga, quien participó en la validación de nuestros instrumentos, por su aceptación en participar en la tesis, por sus observaciones y señalamientos precisas, por haber sido mi profesor en la carrera quien me sensibilizó al conocimiento de las adicciones, por su competencia reconocida en este campo y por ser nuestro compañero de seminario, gracias maestro.
- ❖ *GRACIAS* al Maestro Isac Seligson que ha sido un profe a todo dar, quien también participó con nosotros en la validación de los instrumentos de trabajo, quien incondicionalmente acepto pertenecer al comité, por su buen humor y dedicación a esta profesión.
- ❖ *GRACIAS* al Dr. Hector Lara por su estilo crítico que le caracteriza, por apoyar tanto al estudiante con su conocimiento y su apertura, mis respetos doctor.
- ❖ *GRACIAS* al Dr. Samuel Jurado que ha sido pieza importante en esta pandilla, por sus infinitas atenciones hacia con nosotros los alumnos, por todo su apoyo y empeño a este trabajo.
- ❖ *GRACIAS* a la profesora Marina Menez por sus sugerencias en el arranque de este trabajo.
- ❖ *GRACIAS* a Lulú Monroy por sus aclaraciones y dirección en la información estadística.
- ❖ *GRACIAS* a la psicoterapeuta Rebeca Sánchez por su amistad y cariño, su conocimiento, consejo y orientación en el ojo clínico, mis respetos Rebe gracias por permitirme trabajar contigo. Mi agradecimiento a Jeny mi amiga dizque secreta por tu interés en saber cómo avanzaba la tesis y simpatía que te caracteriza.
- ❖ *GRACIAS* al equipo de trabajo de las prácticas profesionales: Edith, Betza, Claudia, las chicas super-poderosas Nancy, Tere y Lety, el Pollo, Belén, Sol, Jonahtan, Andres y personal de recepción; quienes me acompañaron, me enseñaron, ayudándome en mi aprendizaje como psicoterapeuta; por todos los festejos tan divertidos y amenos; finalmente por su amistad y compañerismo mil *GRACIAS*.
- ❖ *GRACIAS* al Gabo, a Marcos y a Raúl; ese trío de inolvidables amigos que quiero y estimo de manera especial, por los momentos de alegría y tristeza compartida, por brindar juntos por "aquellas; las botellas" que tanto nos hacían, nos hacen y nos seguirán haciendo sufrir al mismo tiempo alegrarnos "Las mujeres" *GRACIAS* amigos psicólogos, luchen por su felicidad. Espero también celebrar juntos la consecución de los éxitos presentes y futuros como antes lo hacíamos con las materias de la carrera y otros éxitos más.
- ❖ *GRACIAS* a Otro grupo selecto de amistad que quiero y estimo: a Almita, Claudia, Paola, Yazmin, Daniel, el Chars, Erick, Paty, Eli phoo, Karlita, Paty Palao, Mayra Mendoza, Anita, Karla Osiris cada uno mi reconocimiento y afecto, por toda la alegría que compartimos juntos en los congresos o excursiones, fiestas, por lo que aprendimos juntos en las aulas de la facultad, por sus porras cuando jugábamos fut-bool en los torneos, incluso como

- ❖ por sus porras cuando jugábamos fut-bool en los torneos, incluso como compañeros de equipo, por preguntarme e interesarse en el desarrollo de la tesis y en tantas experiencias más *GRACIAS*.
- ❖ *GRACIAS* a Ignacio Resendiz (alias Nacho) por tu amistad en Cristo, por entusiasmarme en el camino del señor, por considerarme en tus proyectos en la misma causa, así como a tu esposa e hijos tan hermosos que tienes *GRACIAS*.
- ❖ *GRACIAS* también a toda la comunidad de la Iglesia Católica, tanto a los sacerdotes como a los laicos con los que he convivido en este camino de la vida espiritual, que son parte importante de este esfuerzo, porque con sus oraciones y consejos resolví muchos dilemas existenciales. *GRACIAS* a los niños del club CIMA, a todos los chavos con los que juego fut-bool los sábados, a los Alan, Miguel, Camila, Cristian, a los Carlos, Pared y hermana, Paulino, Juan, Fernando, Victor, etc.
- ❖ *GRACIAS* a mis cuates del CCH SUR Almita, Gabriel, Brenda, Israel, Carolina, Eric y los que se me olvidaron.
- ❖ *GRACIAS* mis cuates de la infancia Erick Acosta, a Richard a los dos Abraham, a Panchito, Juan y Roberto, en fin, todos los que no nombre al personal administrativo de la Facultad, a los que al leer estos agradecimientos no se hayan y creen tener participación en estos, a ustedes también gracias

Pedí fuerza... y Dios me dio dificultades para hacerme fuerte.

Pedí sabiduría... y Dios me dio problemas para resolver.

Pedí prosperidad... y Dios me dio cerebro y músculos para trabajar.

Pedí valor... y Dios me dio obstáculos para superar.

Pedí amor... y Dios me dio personas con problemas a las cuales ayudar.

Pedí favores... y Dios me dio oportunidades.

Yo no recibí nada de lo que pedí...

Pero he recibido todo lo que necesitaba

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
I Epidemiología y Antecedentes	7
II Hipertensión Arterial	9
Etiología	11
Factores de riesgo	11
Comorbilidad	14
Tratamiento para la Hipertensión	15
Tratamiento farmacológico	15
Tratamiento no farmacológico	19
Dieta	20
Ejercicio	22
Otras formas de intervención	22
III Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica	
Calidad de Vida	24
Calidad de Vida en el paciente hipertenso	26
Adherencia Terapéutica	27
Aspectos que interfieren en la adherencia terapéutica	29
Medición de la adherencia terapéutica	31
Adherencia en el paciente hipertenso	32

IV Estrés e Hipertensión	36
Afrontamiento	38
Estrés en pacientes Hipertensos	41
Ensayo clínico aleatorizado	
Método	43
Participantes	43
Medición e instrumentos	43
Diseño	51
Procedimiento	52
Intervención	54
Resultados	59
Discusión	76
Referencias	83
Anexos	98

Resumen

Afrontamiento del estrés, calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos: Efectos de un programa cognitivo-conductual

Actualmente la hipertensión arterial es la enfermedad crónica más diagnosticada en México, algunas de sus consecuencias tales como enfermedades cerebrovasculares y del corazón figuran en los primeros lugares como causa de muerte e incapacidad. En otro sentido, las características particulares de este padecimiento afectan directamente la calidad de vida de quien la padece y de quienes le rodean. Adicionalmente, las características del tratamiento y de la enfermedad han mostrado en estudios recientes niveles muy bajos de adherencia terapéutica por parte de los pacientes lo cual provoca sufrimiento y riesgos innecesarios. Una parte importante del control de la enfermedad y la evitación de complicaciones depende principalmente del comportamiento del paciente, es decir de su adecuado cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud, de su control emocional y del afrontamiento al estrés. Diversas investigaciones han documentado algunos cambios importantes en la salud de pacientes hipertensos, a partir de tratamientos derivados de la medicina conductual. El objetivo del presente estudio consistió en evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual, a través de un ensayo clínico aleatorizado sobre la calidad de vida, la adherencia terapéutica y el manejo del estrés de un grupo de veinticinco pacientes hipertensos del Hospital General O.D. y la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del IMSS. La calidad de vida se midió a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), la adherencia al tratamiento a través de un sistema de auto registro conductual y los estilos de afrontamiento al estrés a través de la escala de salud y vida cotidiana de Moos. El estudio incluyó medidas pre-test y post-test. Los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes mostraron ganancias clínica y estadísticamente significativas en la mayoría de las medidas. Los cambios se pudieron constatar con medidas fisiológicas como presión arterial sistólica y medida de dosis medicamentosa necesaria para mantener los efectos clínicos.

Palabras clave: presión arterial, calidad de vida, apego terapéutico, tratamiento.

Abstract

Stress coping, quality of life and therapeutic adherence in hypertensive patients: Effects of a cognitive-behavioral intervention

High blood pressure or hypertension (HT) is currently the chronic disease most frequently diagnosed in Mexico. Some of HT consequences such as cerebro-vascular accidents and heart disease constitute the main causes of death and disability. Also, some characteristics of the treatment of hypertension directly affect the quality of life (QOL) of both the patients and those around them. Additionally, recent studies have shown that both the disease and its treatment are associated with very low rates of treatment adherence by the patients, which leads to further suffering and additional risks. Thus, an important component of the control of this disease and the prevention of life-threatening complications depends on the behavior of the patient him/herself. This involves adequate compliance with the indications of the health team, the patient's emotional control as well as his/her stress-coping strategies. Several research studies have documented relevant changes in the health of hypertensive patients as an effect of behavioral medicine interventions. The purpose of the present study involved evaluating the effects of a cognitive-behavioral intervention administered through a randomized trial, on QOL, therapeutic adherence and stress coping in a group of 25 hypertensive patients from Mexico City's General Hospital and a Social Security system clinic in a nearby town. Quality of life was measured through the Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa for its initials in Spanish). Therapeutic adherence was assessed through a behavioral self-recording procedure, and stress coping styles through the Health and Daily Living Form Manual by Moos, Cronkite, Billings & Finney (1986). The study involved pre-posttest comparisons. Results revealed that most patients showed clinical and statistically significant improvement in most dependent variables. Changes were consistent with changes in physiological variables such as systolic blood pressure, and medication dosage required to maintain clinical effects. **Key words: high blood pressure, treatment, outcome, compliance, quality of life.**

Introducción

Hoy en día se identifican en el mundo una serie de cambios relacionados con la salud en las tasas de mortalidad y morbilidad reflejando un incremento en la incidencia de padecimientos no-transmisibles. En las regiones de mayor mortalidad en el mundo, casi la mitad de la carga de morbilidad es atribuible a enfermedades no transmisibles y la hipertensión arterial es una de las enfermedades que más contribuye a dicha carga (World Health Organization, 2003a).

Los padecimientos crónicos y degenerativos se caracterizan por la dificultad de control, ya que presentan un ritmo ascendente tanto en su prevalencia como en su incidencia; su frecuencia se incrementa a mayor edad; los pacientes no desarrollan inmunidad ante ellos y su gravedad es progresiva y discapacitante (Castro, Gómez-Dantés, Negrete-Sánchez y Tapia-Conyer, 1996, Sánchez-Sosa, 2002). Estos padecimientos demandan cambios significativos en el estilo de vida de quien los padece, en sus actividades y en las de su familia, afectando el bienestar del paciente y de quienes lo rodean (Riveros, 2002).

Se calcula que en México unos 18 millones de personas presentan problemas de hipertensión arterial. Algunas de sus consecuencias, como las enfermedades del corazón y cerebrovasculares, ocupan respectivamente el primero y sexto lugares de causas de muerte en la población general de México (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección General de Estadística e Informática. INEGI, SSA/DGEI, 2001). Lo cual la convierte en un serio problema de salud pública. Se trata de un padecimiento cuyo estudio, prevención y tratamiento resultan de vital importancia para el bienestar del paciente hipertenso.

La calidad de vida en padecimientos crónicos suele evaluarse en función del efecto de la enfermedad en referentes psicológicos; por ejemplo,

autoeficacia, apoyo social percibido, afrontamiento y funcionamiento físico (Parker y Wright, 1997; Smith, Avis y Assmann, 1999). En el caso de la hipertensión, la evaluación de la calidad de vida incluye aspectos como síntomas físicos, bienestar general, sueño, estado emocional, autocontrol, funcionamiento sexual, desempeño y satisfacción laboral, funcionamiento cognitivo, social, involucramiento de la familia y vitalidad (Ogihara, Nakagawa, Ishikawa, Mikami, Takeda, Nonaka, Pagano, Sasaki, Kagoshima & Higashimori, 1992; Osterhaus, Townsend, Gandek & Ware, 1994; Robbins, Elias, Croog & Colton, 1994; Hume, 1989).

En la calidad de vida de los pacientes hipertensos el tratamiento farmacológico suele experimentarse de manera sobresaliente debido a que los efectos colaterales de la toma de medicamentos genera síntomas desagradables en los pacientes como dolor de cabeza, mareo, baja de energía o efectos sedantes, estreñimiento y alteraciones del funcionamiento sexual, en algunos casos la dosis del hipotensor suele ser mayor a la necesaria experimentándose mareo, desvanecimiento, dolor de cabeza y letargo (Cohen, 2001; Kaplan, 1997).

La falta de adherencia se calcula en un 20% para los tratamientos cortos, 50% para los tratamientos prolongados en condiciones crónicas, y 70% para tratamiento prolongados de padecimientos crónicos, relativamente asintomáticos (como el caso de la hipertensión), (Safren, 1999). La incapacidad para adherirse a un tratamiento es un problema de relevancia universal en todas las especialidades y niveles de atención en salud (Sousa, 1987).

La falta de adherencia al tratamiento es la causa más importante de descontrol en la presión arterial en los pacientes hipertensos (Burt, 1988, Hershey, 1980 & Lucher, 1985) solo 20% de los pacientes medicados siguen adecuadamente su tratamiento (Costa, 1996). Es uno de los problemas más importantes de salud si se considera que la falta de adherencia general a condiciones crónicas asintomáticas como la hipertensión suele rebasar el 70% (Kaplan, 1997; Safren, 1999).

El padecer una enfermedad crónica requiere cambios en el estilo de vida. Debido a que el mantenimiento, pérdida y restauración de la salud se ven afectados por el comportamiento, es importante trabajar en el establecimiento de la adherencia terapéutica específica para el caso del paciente hipertenso. Algunas intervenciones conductuales pueden reducir y en ocasiones eliminar la necesidad de una terapia farmacológica en algunos pacientes al modificar el estilo de vida para la reducción de la presión arterial (Glasgow, Engel y D`Lugoff, 1989).

Una tarea adaptativa de los pacientes crónicos consiste en lidiar con el tratamiento y los retos de la enfermedad. Dependiendo de los resultados, los pacientes podrán mantener niveles adecuados de funcionamiento físico, emocional y social, que a su vez generarán un mejoramiento del bienestar y su calidad de vida (Bensing, Schreurs, & de Ridder, 1996; de Ridder, Schreurs, & Bensing, 1998).

El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en el paciente por dos razones: la primera incluye la reacción emocional de saberse con una enfermedad incurable por el resto de su vida, y segundo, por los ajustes que se ven obligados a hacer en su estilo de vida, debido a la enfermedad (Brannon & Feist, 2002).

Dado a que la hipertensión arterial, es una enfermedad crónica con una creciente mortalidad y morbilidad en México, y que por sus características suele conllevar un grave deterioro en el bienestar y salud de quien la padece, es necesario diseñar y evaluar intervenciones viables y eficaces para mejorar la adherencia terapéutica así como la calidad de vida del paciente hipertenso. Las intervenciones psicológicas pueden ofrecer una estrategia eficaz para reducir la presión arterial en muchos casos y puede disminuir la cantidad de medicamento requerido para reducir exitosamente la tensión arterial. Este último propósito es importante por la cantidad y el tipo de efectos colaterales indeseables de algunos medicamentos.

Finalmente ante la falta de intervenciones psicológicas sometidas a prueba, que busquen restaurar la calidad de vida, mejorar la adherencia al tratamiento medico de los pacientes hipertensos, así como el control del estrés generado por la propia enfermedad, el propósito del presente trabajo es el evaluar el impacto de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, en el mejoramiento de la adherencia terapéutica y de los estilos de afrontamiento de los pacientes con hipertensión.

I Epidemiología y antecedentes

Recientemente se observan en el mundo recientemente se observan una serie de cambios relacionados con la salud, las enfermedades que afectan al hombre no siempre son las mismas de hace dos o tres décadas. Anteriormente las enfermedades no transmisibles eran la principal causa de muerte en el mundo, hoy en día esto ha cambiado, siendo enfermedades no transmisibles la principal causa de mortalidad. En las regiones de mayor mortalidad en el mundo, casi la mitad de la carga de morbilidad es atribuible a las enfermedades no transmisibles, siendo la hipertensión arterial una de las enfermedades que más contribuye a dicha carga (WHO, 2003a).

La Organización Mundial de la Salud señala, a su vez, a las enfermedades cardiovasculares como la causa principal de mortalidad en el mundo. Diversos factores como la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida, la modificación de estilos de vida, el envejecimiento de la población y el acceso a los servicios de salud se han relacionado con el aumento en la incidencia de padecimientos no-transmisibles (Sánchez Sosa, 2001). Uno de los principales, la hipertensión arterial, es la causante de aproximadamente siete millones de muertes al año (WHO, 2003a).

Desde hace 25 años América Latina se encuentra en un periodo de transición epidemiológica (WHO, 2003a). En México, la hipertensión arterial es la enfermedad no transmisible más diagnosticada, considerándose como una de las principales causas de morbilidad. Tan sólo en el año 2000 se detectaron ocho millones de nuevos casos (Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Subsistema de Servicios de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. SSA, 2001).

Se estima que en México 18 millones de personas presentan problemas de hipertensión arterial. Algunas de sus consecuencias, como las

enfermedades del corazón y cerebrovasculares, ocupan respectivamente el primero y sexto lugares de causas de muerte en la población general de México (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección General de Estadística e Informática. INEGI, SSA/DGEI, 2001).

En 1993, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de México (ENEC) informó que la prevalencia de hipertensión arterial fue de 26.6%. Para el año 2000 la prevalencia fue de 30.05% según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), realizada en México por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Otros datos señalan que el 61% de la población hipertensa desconocía su enfermedad. Cabe señalar que en México uno de cada dos mexicanos mayores de 50 años es hipertenso (Velázquez, Rosas, Lara, Pastelín, Grupo ENSA 2000, Attie, & Tapia, 2002).

De las personas diagnosticadas con hipertensión arterial, menos del 50% están bajo tratamiento médico farmacológico, y sólo el 14.6% de la población con hipertensión arterial se encuentra bajo control, es decir, con medidas menores o iguales a 140/90 mmHg (Velázquez et al. 2002).

En cuanto a la diferencia por sexos, la mortalidad por hipertensión suele ser mayor en mujeres (6.78%), en comparación con los hombres (5.57%). Lo mismo ocurre con la enfermedad cerebrovascular (27.42% en mujeres vs. 24.02% en hombres), ésta se encuentra estrechamente asociada a la morbilidad y mortalidad por hipertensión (Velázquez et al. 2002).

II Hipertensión arterial

La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre y la resistencia que oponen las arterias a la circulación de la misma, ésta depende del gasto cardiaco, es decir, de la cantidad de sangre bombeada por el corazón por minuto, así como de la resistencia que presentan las arterias al paso de la sangre, lo cual se conoce como resistencia vascular. Habitualmente la presión arterial se mantiene dentro de los límites considerados como normales, ya que existen mecanismos de regulación que tienden a reducirla cuando se eleva y/o aumentarla cuando desciende. Su medida se compone de dos cifras: la mayor o sistólica es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre; la diastólica o menor es la que se registra en el momento de descanso del corazón.

La presión alta o hipertensión arterial se define como una elevación continua o intermitente de la presión sanguínea, ya sea sistólica o diastólica, que se mantiene por encima de los límites considerados normales, y suele ser uno de los principales factores de riesgo asociados con la aparición de enfermedades cerebrovasculares así como de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Cuando las cifras de presión sanguínea en reposo se mantienen por arriba de 140/90 mmHg, se sospecha un diagnóstico de hipertensión. Para realizar un diagnóstico formal deben realizarse mediciones repetidas, en días diferentes y en forma sistemática, por lo menos cada seis meses.

Es difícil definir cuándo una cifra elevada de presión arterial es anormalmente alta, ya que no es claramente identificable el umbral donde ya supone un riesgo. Dicho punto de corte no sería igual para todas las personas, por las diferencias en la distribución de los valores de la presión arterial en función del sexo, el origen étnico, entre otras variables, sin olvidar que, con el curso de la edad, los valores presentan un aumento gradual (Kaplan, 1997)

Los valores más aceptados para definir la hipertensión son los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (WHO) en colaboración con la Sociedad Internacional para la Hipertensión (WHO/ISH, 1993) y los propuestos por el Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión de Estados Unidos de Norteamérica (JNC, 1993). Estos coinciden en definir la hipertensión como una elevación crónica de la presión arterial que se manifiesta en una presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o en una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

La presión arterial de más de 140/90 mmHg se clasifica en términos de gravedad (JNC, 2003), definiéndose de la siguiente manera:

Clasificación	Presión sistólica	Presión diastólica
Hipertensión Estadio 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensión Estadio 2	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensión Estadio 3	> 180 mmHg	110 mmHg

El establecimiento de una definición de hipertensión arterial permite no sólo maximizar los beneficios terapéuticos para aquellos que la padecen, sino también hace posible su identificación y tratamiento, facilitando la valoración de los costos que el diagnóstico y tratamiento podrían conllevar, costos no sólo económicos (derivados de los cuidados médicos, de las pruebas o de los fármacos administrados), sino también psicosociales (aparición de síntomas secundarios debidos a los fármacos, cambios en el estilo de vida, aumento en las bajas laborales, repercusiones psicológicas por el hecho de pasar de estar sano a enfermo, etc.).

Etiología

La hipertensión arterial en la mayor parte de los casos no genera síntomas notorios por lo que pueden pasar meses o años hasta que a la persona se la diagnostica con hipertensión; en ocasiones se pueden presentar síntomas como: dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa, palpitaciones, mareos, sangrado nasal y fatiga.

Según su origen, la hipertensión arterial puede clasificarse como primaria y secundaria. La primera suele denominarse también como esencial o idiopática, denominada así pues no se logra identificar una causa que justifique el aumento de la presión arterial o enfermedad que cause la hipertensión. El 90% de los casos es de este tipo y se considera que diversos factores, como la herencia, alteraciones fisiológicas como la hiperactividad nerviosa simpática, la hiperinsulinemia y la obesidad contribuyen a su desarrollo.

En la hipertensión secundaria es posible identificar una o más causas que provocan el aumento de la presión arterial (García, 2000; Kaplan, 1997). Entre las causas más frecuentes de la hipertensión arterial secundaria se encuentran las alteraciones renales, como la nefritis crónica, la enfermedad poliquística y la enfermedad renovascular. Entre las causas hormonales se encuentran las alteraciones surgidas durante el embarazo (tal es el caso de la preeclampsia); y entre las endocrinas, el hiper o hipotiroidismo y el feocromocitoma (tumor en la medula adrenal). Entre otras causas menos frecuentes está la apnea de sueño (Kaplan, 1997).

Factores de riesgo

Existen factores de riesgo genéticos, biológicos, psicológicos y sociales que juegan un papel importante en el desarrollo, evolución y tratamiento de la hipertensión arterial. Los factores genéticos suelen estar influidos por otros factores que pueden disparar y superar el grado de contribución de los factores biológicos y la propensión a desarrollar la hipertensión.

Existen factores de riesgo fisiológicos y conductuales que son antecedentes a la hipertensión y que, de mantenerse o no controlarse, influyen en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Entre los fisiológicos encontramos la hipercolesterolemia y la obesidad, los cuales interactúan con factores conductuales, entre los que se encuentran el consumo de una dieta alta en sodio, grasas y calorías (García, 2000; Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades & Tweedy, 2002). Otros factores dependen directamente del comportamiento como el estilo de vida y los hábitos del paciente como la dieta alta en sal y grasas y baja en potasio; el consumo reiterado de alcohol o tabaco y la exposición frecuente a situaciones estresantes pueden aumentar la presión arterial (Kaplan, 1997).

Cuando se es diabético, el riesgo de desarrollar hipertensión es 1.6 veces mayor que en los individuos sin diabetes. Por otra parte, los pacientes hipertensos tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar diabetes que los normotensos. (ENSA, 2000).

La literatura de investigación ha señalado que la obesidad está altamente asociada con la hipertensión, y se ha demostrado una alta correlación entre el peso corporal y la presión sanguínea. Conforme aumenta el índice de masa corporal (IMC), el riesgo de desarrollar hipertensión también es mayor (ENSA, 2000). Aun en aumentos moderados de peso, el incremento de los adipositos altera diversos mecanismos involucrados en la hipertensión, como la dislipidemia, la cual favorece la aparición de aterosclerosis en los vasos, obstruyendo eventualmente las arterias. También suele presentarse un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático, del sistema renina-angiotensina, y un aumento en la resistencia a la insulina, se incrementa la reabsorción de sodio y el volumen plasmático, manteniéndose una elevada comorbilidad con la diabetes no insulino dependiente (Kaplan, 2002).

Otros factores dependen directamente de los hábitos y estilo de vida. Entre ellos podemos encontrar la dieta, principalmente cuando es alta en

grasa, sal y baja en potasio. El sodio en la dieta está íntimamente relacionado con la patogenia de la hipertensión primaria, juega un papel importante en el mantenimiento de la presión sanguínea elevada, así como en la limitación de la efectividad de ciertos medicamentos, además aumenta el riesgo de que ocurra un accidente cerebrovascular, independientemente del efecto sobre la presión arterial (Xie, Sasaki, Joossens, Kesteloot, 1992; Perry & Beevers, 1992; Kaplan, 1997).

La prevalencia de hipertensión arterial en fumadores es de 34.1% (ENSA, 2000); el tabaquismo predispone a la hipertensión arterial, posiblemente por efecto de la nicotina, que es un vasoconstrictor, y constituye un factor de riesgo para la aterosclerosis, lo cual genera complicaciones de la hipertensión. Algunos de los medicamentos con que se trata la hipertensión atenúan o pierden su efecto bajo la acción del tabaco. Los pacientes hipertensos que continúan fumando incrementan significativamente el riesgo de una enfermedad arterial coronaria, infarto al miocardio y hemorragia subaracnoidea.

El consumo crónico de alcohol, aun en pequeñas cantidades, puede aumentar la presión arterial (Kaplan, 1997). Su consumo excesivo se ha asociado en general a elevaciones de la presión sanguínea en diversos estudios. El consumo diario, incrementa la presión sistólica en 0.9 mmHg, además se relaciona con la reducción en la efectividad de medicamentos antihipertensivos. Cabe señalar que existen diferencias significativas entre los bebedores de vino, en comparación con los consumidores de cervezas y otras bebidas alcohólicas, mostrando los consumidores de vino menor incidencia, en comparación con los consumidores de otro tipo de bebidas alcohólicas.

En cuando a la actividad física, diversos estudios señalan que los individuos físicamente activos suelen presentar menos hipertensión. Además, los hipertensos, al practicar ejercicio regular, pueden disminuir sus niveles de presión arterial (Arroll y Beaglehole, 1992). Blair, Goodyear, Gibbons & Cooper (1984) encontraron que individuos normotensos con un

bajo nivel de ejercicio físico, presentaron un riesgo 52% más alto de presentar hipertensión durante los siguientes doce años, en comparación con los individuos que practicaban ejercicio de manera regular.

La reactividad cardiovascular y su recuperación se han sugerido como mecanismos involucrados con una excesiva actividad del sistema nervioso simpático, no sólo por estar sometido a mayor estrés, sino por responder a éste de manera distinta. Pickering (1990) sugiere que el papel del estrés en el desarrollo de la hipertensión y de la enfermedad coronaria depende específicamente de tres factores: la naturaleza del estresor, la percepción del individuo y la susceptibilidad fisiológica individual. Los individuos expuestos a estrés psicógeno reiterado pueden presentar hipertensión en mayor frecuencia que los sujetos sometidos a menor estrés (Kaplan, 1997).

Comorbilidad

La hipertensión no controlada causa, con el tiempo, lesiones en diversos órganos, que se ven afectados por la elevación de la presión sanguínea. Los más afectados suelen ser el cerebro, el corazón, los riñones, el hígado y los propios vasos sanguíneos. Suele asociarse a otras alteraciones del sistema cardiovascular, que a su vez dan lugar a diversas enfermedades, ya que la hipertensión arterial hace trabajar intensamente al corazón, dañándolo progresivamente. En estas condiciones se lesionan las paredes de los vasos sanguíneos, favoreciendo el depósito de grasas como el colesterol, es además un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades como: insuficiencia cardíaca, aterosclerosis, hemorragias cerebrovasculares, infarto cerebral, hipertrofia ventricular izquierda, trombosis, embolia, aneurisma de la aorta, lesiones oculares y lesiones renales, entre otras.

Otros padecimientos, como la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia y la obesidad, el consumo de tabaco, la inactividad física, así como algunos trastornos metabólicos, favorecen el desarrollo de aterosclerosis y conllevan una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones.

El accidente vascular cerebral suele ser la complicación más directamente asociada a la hipertensión. Mas del 80% de los que padecen accidente vascular cerebral son hipertensos graves (García, 2000). La gran mayoría de los pacientes que sufrieron algún accidente vascular cerebral presentaron hipertensión arterial como causa coadyuvante.

La hipertensión arterial por sí sola constituye un factor de riesgo para enfermedades derivadas de la aterosclerosis. Si se agregan otros factores de riesgo como los anteriormente mencionados, la probabilidad de padecer una enfermedad del sistema circulatorio aumenta de manera muy importante.

Tratamiento de la hipertensión

Tratamiento farmacológico

El desarrollo de una farmacoterapia eficaz para la hipertensión ha crecido considerablemente en las ultimas dos décadas, ofreciendo un extenso conjunto de opciones de tratamiento. Los medicamentos prescritos para el control de la hipertensión arterial pueden agruparse en diuréticos¹, inhibidores adrenérgicos² y vasodilatadores³. Existe una extensa literatura que demuestra que la terapia no farmacológica de la hipertensión leve a moderada puede reducir significativamente la incidencia de las enfermedades de las arterias coronarias y la mortalidad cardiovascular general (Kaplan, 1997; García, 2000).

En individuos con hipertensión leve y moderada los diuréticos y bloqueadores beta-adrenérgicos se recomiendan como agentes farmacológicos de primera opción. Estudios controlados que comparan con

¹ Diuréticos: Agente farmacológico que incrementa la excreción urinaria de agua y sales, principalmente sodio, actuando directamente a nivel renal.

² Inhibidores adrenérgicos: fármacos que actúan sobre el sistema nervioso simpático, central o periféricamente disminuyendo el tono simpático y la resistencia vascular periférica

³ Vasodilatadores: Fármaco que dilata los vasos sanguíneos por acción directa sobre el músculo liso es útil en el tratamiento de la hipertensión. Las respuestas homeostáticas al fármaco incluyen retención de sal y taquicardia.

efectos placebo han demostrado mejores resultados terapéuticos con estos medicamentos (Blumenthal, et al. 2002).

Los fármacos antihipertensivos, como los bloqueadores de los canales de calcio y los inhibidores de la ECA (enzima convertidora de angiotensina), han demostrado ser eficaces para reducir la presión arterial y suelen tolerarse bien cuando se usan como terapia única. Sin embargo, sus posibles beneficios preventivos sobre la morbilidad y mortalidad cardiovascular siguen evaluándose en estudios clínicos controlados.

Como se ha mencionado, la hipertensión regularmente no presenta síntomas, sin embargo, su tratamiento farmacológico sí suele experimentarse de manera notoria. Los pacientes perciben claramente y resienten los efectos colaterales de los fármacos, tales como dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja de energía o efectos sedantes, así como alteraciones del funcionamiento sexual. También suelen percibir la súbita reducción de la presión arterial, en efectos como la hipotensión postural, el mareo, desvanecimientos o desmayos, dolor de cabeza y letargo, entre otros (Cohen, 2001; Kaplan, 1997). Estos riesgos son frecuentes, ya que la mayoría de las dosis prescritas estiman ser efectivas para el 90% de los pacientes, por lo que aquellos que responden más al tratamiento farmacológico están funcionalmente expuestos a dosis excesivas y probablemente sean quienes resientan más sus efectos adversos (Kaplan, 1997).

Los riesgos también pueden ser muy serios. En un estudio del grupo de Intervención sobre Factores de Riesgo Múltiples (Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group, MRFITRG, 1982), con controles bajo tratamiento habitual, reveló que el uso de tratamientos farmacológicos más intensivos no logró mejorías importantes, y la tasa de mortalidad general y coronaria fue incluso más alta entre los pacientes con hipertensión leve sometidos a tratamiento intensivo.

Se han documentado las consecuencias de tratamientos farmacológicos innecesarios. Estudios con pacientes medicados por hipertensión leve

mostraron que, además de los efectos colaterales, los riesgos del tratamiento suelen superar los beneficios e incluso tener efectos contraproducentes. En el caso de los diuréticos, estos actúan a nivel de las nefronas, maximizando el porcentaje de sodio excretado. Algunos de los síntomas colaterales que pueden provocar son la hipocalcemia (descenso importante en los niveles de potasio), lo que ocasiona en casos leves debilidad muscular, poliuria (exceso de orina) y propensión a las arritmias. La hipocalcemia, al combinarse con el estrés y con altos niveles de adrenalina en sangre, se ha asociado con arritmias complejas e infarto agudo al miocardio; otro efecto colateral es la hipomagnesemia (bajo nivel de magnesio en sangre), que impide la reabsorción de potasio, ocasionando, además de los síntomas de la hipocalcemia, náuseas, irritabilidad neuromuscular, contracción muscular severa, alteraciones mentales, convulsiones y coma. Otros efectos secundarios de los diuréticos son hiperuricemia (retención de ácido úrico), hiperlipidemia (aumento del nivel de lípidos en sangre), intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina, así como disfunción eréctil. Otros diuréticos pueden ocasionar hiperuricemia, hiperlipidemia, reacciones alérgicas e inflamación del páncreas (pancreatitis); en el caso del ácido etacrínico se encontró propensión a la hipoacusia permanente. Otros efectos adversos son: disfunción sexual, desarrollo de las mamas en los hombres (ginecomastia), dolor en los pechos en las mujeres (mastalgia), náuseas, flatulencia y erupción cutánea.

Los inhibidores adrenérgicos tienen la función de inhibir el sistema nervioso simpático periféricamente; algunos dificultan la liberación normal de noradrenalina y otros actúan estimulando o bloqueando receptores, algunos de los más comunes son atenolol, metoprolol, propranolol, reserpina, guanadrel y guanetidina. Los efectos adversos pueden ser: congestión nasal, aumento de la secreción ácida gástrica, que puede llegar a provocar ulceraciones, diarrea, debilidad, palpitaciones, hipotensión postural y por ejercicio, cefalea, insomnio, contracción de los bronquios (broncoespasmos) y, en el caso de la reserpina, depresión del sistema nervioso central, que puede tranquilizar a pacientes aprensivos, pero en otros provocar depresión severa. Los alfa agonistas centrales (metildopa,

clonidina, guanabenz, guanfacina y lofexidina) inhiben la liberación de catecolaminas, principalmente de las adrenérgicas; disminuyen los niveles de noradrenalina, así como la capacidad de los barorreceptores para compensar descensos de presión, la resistencia periférica y los niveles plasmáticos de renina. Sus principales efectos colaterales son: efectos sedantes, hipotensión postural, retención de líquidos, fiebre, disfunción hepática reversible, sequedad bucal, debilidad, mareos y, en casos raros alucinaciones.

Los vasodilatadores actúan directamente sobre las células del músculo liso vascular (vasodilatadores directos) o inhibiendo los mecanismos vasoconstrictores hormonales como los inhibidores de la ECA (enzima convertidora de angiotensina) o del ingreso de calcio bloqueando la vasoconstricción. Los más comunes son: hidrazalina, minoxidil (vasodilatadores directos); captopril, enalapril, lisinopril, ramipril (inhibidores de la ECA); nifedipino, felodipino, diltiazem, isradipina, verapamil, amlodipino y diltiazem (inhibidores de calcio). Sus principales efectos colaterales son: tos, erupción, edema, hipotensión, insuficiencia renal aguda reversible, insuficiencia cardíaca, cefalea, mareo, taquicardia, hipercalemia (exceso de potasio, que puede ocasionar náusea, pulso débil o latidos irregulares), exceso de vello (hirsutismo, reversible al retirar el medicamento), crecimiento de la encías (hiperplasia gingival), enrojecimiento (rubefacción) y estreñimiento (Kaplan, 2003; Kaplan, 1997; Rosenstein, 2001).

Aunque generalmente se recomienda iniciar el tratamiento medicamentoso con una dosis única, frecuentemente no es suficiente para lograr el control de la hipertensión. En estos casos, y cuando la presión se encuentra por arriba de 20 mmHg por encima de lo esperado, se recomienda iniciar la terapia con combinaciones de fármacos, casi siempre un diurético y un inhibidor adrenérgico (JNC, 2003). Las sociedades europeas de hipertensión y cardiología (ESH/ESC) establecen que es mejor iniciar con una dosis baja de un solo hipotensor, a fin de poder distinguir

mejor la intolerancia a sus efectos o bien dosis bajas de una combinación de ellos (ESH/ESC, 2003a).

A fin de favorecer la adherencia terapéutica al tratamiento, la ESH/ESC sugiere elegir el fármaco a partir de la experiencia del paciente con agentes hipotensores, el costo del fármaco, el perfil de riesgo, el daño en órganos blanco, la enfermedad renal o cardiovascular o la diabetes, y la preferencia personal del paciente (ESH/ESC, 2003b). Sin embargo, la experiencia de la participación en investigaciones anteriores realizadas en México en el Hospital General de la Ciudad de México y clínicas del IMSS e ISSSTE permiten suponer que los factores concernientes a la experiencia previa y preferencia del paciente no suelen tomarse en cuenta. Otros estudios han señalado lo mismo: Kjellgren, Svensson, Ahlner & Saeljoe (2000), analizaron en consultorio las características de la interacción médico-paciente en consultas por hipertensión y encontraron que en general el paciente tiene un rol pasivo, las preguntas del médico se refieren a efectos colaterales del medicamento y se habla poco de los riesgos de la hipertensión.

Tratamiento no farmacológico

En la literatura de investigación se ha propuesto para el manejo de la hipertensión leve el uso de estrategias terapéuticas no medicamentosas, las cuales se enfocan a la modificación del estilo de vida como tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes, y se recomienda aplicarse por lo menos durante un periodo de 3 a 6 meses después de detectada la hipertensión. Esta modalidad terapéutica puede hacer descender la presión hasta niveles considerados seguros. Así, para el manejo de pacientes con hipertensión leve, se recomienda el uso de terapias no medicamentosas.

Diferentes grupos internacionales hacen sugerencias específicas en cuanto al manejo no farmacológico de la hipertensión. El JNC 2003 señala que la adopción de hábitos de vida saludables es importante no sólo para mejorar el control de la presión arterial, sino para evitar la hipertensión en quienes no la padecen.

Las principales indicaciones para disminuir la presión son: la reducción de peso, dejar de fumar, restricción en la ingesta diaria de sodio, no disminuir la ingesta de alimentos ricos en calcio (leche y quesos descremados), aumentar el consumo de potasio, reemplazar alimentos procesados por alimentos naturales; aumentar las fibras, restringir las grasas saturadas, limitar el consumo de alcohol y aumentar la actividad física.

Los tratamientos no farmacológicos presentan dos ventajas importantes: disminuyen la presión arterial prácticamente sin riesgos y existe una probabilidad razonable de que los pacientes se adhieran a ellos. Estudios sobre hipertensión leve han mostrado que la combinación de estrategias de tratamiento no medicamentoso además de producir un descenso en la presión arterial, reducen la cantidad de antihipertensivos necesarios para controlar la hipertensión (Dodson, Pacy & Cox, 1985; Aberg & Tibblin, 1989; Jula, Ronnema, Rastas, Karvetti & Maki, 1990; Little, Girling, Hasler & Trafford, 1991). Otro estudio ha mostrado que al combinarse diferentes modalidades no farmacológicas con un comprimido placebo (pérdida de peso promedio de 3 kg, reducción del consumo de sodio de 10%, aumento del ejercicio y moderación del consumo de alcohol) se obtenía un efecto antihipertensivo significativo (promedio -8.6/8.6 mmHg) (Neaton, Grimm, Prineas, Stamler, Grandits, Elmer, Clutler, Flack, Schoenberger, McDonald, Lewis, & Liebson, 1993). El descenso de presión arterial en los individuos que tomaban un antihipertensivo mientras seguían el esquema de dieta-ejercicio fue -4.8/2.5 mmHg más. Al perder 1kg de peso se observó una caída media de presión sistólica y diastólica de 1.6/1.3 mmHg, identificándose una disminución significativa de presión arterial incluso ante descensos de peso moderados (Schotte y Stunkard, 1990).

Dieta

El sobrepeso es un factor importante en el inicio de la hipertensión y su reducción tiene un papel muy importante en su manejo. La ingesta de frutas y vegetales es un importante componente de una dieta saludable. Se

sabe que puede prevenir la aparición de complicaciones mayores como las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, especialmente los del sistema digestivo (WHO, 2003a).

A nivel mundial, se estima que la baja ingesta de alimentos naturales como frutas y verduras se relaciona con aproximadamente el 31% de casos de enfermedad isquémica del corazón y el 11% de los infartos (WHO, 2003a). Dentro de las enfermedades con alta incidencia a nivel mundial, el peso de la baja ingesta de frutas y verduras en su desarrollo fue del 15% para cáncer y del 85% para enfermedades cardiovasculares (WHO, 2003a).

La presión sanguínea suele disminuir en proporción a la pérdida de peso. Se sugiere que la ingesta calórica baja ocasiona el aumento del mecanismo de natriuresis (eliminación de sodio), facilitando la pérdida de peso y la caída de la presión arterial, el descenso continuo se explica por la disminución de la actividad nerviosa simpática y la caída de la insulina plasmática. Ambos sistemas facilitan la reducción de la sensibilidad al sodio, permitiendo la vasodilatación (Kaplan, 1997, 2002).

La reducción de sodio en dieta es otro componente importante en el manejo no farmacológico de la presión. Ésta no debe sobrepasar los 2.4 gr. al día (en un estudio realizado en México se encontró que el consumo promedio en sujetos normotensos es de 3.75 gr.). Este nivel de reducción es tolerable y no suele tener efectos adversos como incremento en catecolaminas, lípidos, resistencia a la insulina o disminución en la absorción de otros nutrientes, que se han encontrado con las reducciones breves pero grandes de sodio.

Además de la disminución en presión arterial, se han informado otros beneficios de la reducción moderada de sodio, como mejoramiento de la eficacia de los hipotensores, reducción de la pérdida de potasio, reversión de la hipertrofia ventricular, disminución de osteoporosis y de diversas complicaciones, como asma, prevalencia de infarto y cataratas (Kaplan, 2002).

Ejercicio

Se considera que existen cuatro campos principales en los que se puede realizar ejercicio: en las actividades cotidianas (por ejemplo en el trabajo, especialmente si involucra labores manuales), al transportarse (caminar o utilizar bicicleta), en las actividades domésticas (amas de casa) y al participar en actividades recreativas deportivas. En el reporte de salud mundial 2002 de la OMS se define la inactividad como la ausencia de actividad en cualquiera de estos campos. Estiman que aproximadamente 1.9 millones de muertes son causadas por inactividad, y en el caso de la hipertensión y sus complicaciones contribuyó en un 22% a la incidencia de la enfermedad isquémica del corazón (WHO, 2003a).

Un programa de treinta minutos de ejercicio aeróbico logra disminuir la presión arterial y mantiene este efecto durante un periodo de 24 horas. Sin embargo, debido al aumento de presión que hay durante su ejecución, deben tomarse precauciones como el inicio gradual y la hora del día, ya que el ejercicio extenuante en sujetos normalmente sedentarios puede precipitar el infarto agudo al miocardio, mientras que el ejercicio vigoroso habitual reduce este riesgo, por lo que es muy importante que la actividad física se incremente gradualmente. En cuanto a la hora, debido a que hay un aumento abrupto de la presión al despertar, no es recomendable iniciar un programa de ejercicio a esta hora, ya que se ha asociado con una mayor incidencia de eventos cardiovasculares.

Otras formas de intervención

Además de la adquisición de estilos de vida más saludables, se han realizado otros esfuerzos para el manejo de la hipertensión. Con respecto a las intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de la hipertensión, se han utilizado procedimientos como técnicas de reducción de estrés, entre otras: meditación trascendental y educación en el estilo de vida (Schneider, Castillo-Richmond, Alexander, Myers, Kaushik, Aranguri, Norris, Haney, Rainforth, Calderon & Nidich, 2001); programas de ejercicio (Arakawa, 1993; Lazowski, Ecclestone, Myers, Paterson, Tudor-Locke, Fitzgerald,

Jones, Shima & Cunningham, 1999); retroalimentación biológica (Fahrion, Norris, Green & Green, 1986; McGrady & Higgins, 1989), relajación y entrenamiento autógeno (Irvine & Logan, 1991; Stetter & Kupper, 2002). La mayoría de estas formas de intervención se basan en los efectos que tiene la activación del sistema simpático y la respuesta de estrés en la presión arterial, de tal forma que mediante la generación y dominio de respuestas fisiológicas opuestas como la relajación, se pueda contrarrestar o mejorar la respuesta presora.

Las técnicas que parecen ser más efectivas para el manejo de la presión arterial fueron el entrenamiento en relajación con o sin biorretroalimentación (Irvine & Logan, 1991; Sakakibara, Takeuchi & Hayano, 1994) y el entrenamiento en vasodilatación distal para el calentamiento de manos con biofeedback y entrenamiento autógeno, sin que se haya logrado demostrar superioridad entre estos dos procedimientos (Blanchard, Khramelashvili, McCoy, Aivazyan, McCaffrey, Salenko, Musso, Wittrock, Berger & Gerardi, 1988b) aunque sí al combinarlos con terapia cognitiva (Blanchard, Appelbaum, Radnitz, Morrill, Michultka, Kirsh, Guarnieri, Hillhouse, Evans & Jaccard; 1990).

Así, aunque la mayor parte de las investigaciones sobre calidad de vida e hipertensión se refieren al uso de medicamentos, existe suficiente evidencia de que las intervenciones no farmacológicas pueden mantener la presión arterial en niveles normales en los casos de hipertensión leve (García, 2000; Kaplan, 1997).

III Calidad de vida y adherencia terapéutica

Calidad de vida

La psicología como ciencia de la salud, considera a la calidad de vida como un factor medular para el desempeño de cualquier actividad pues su pérdida altera el funcionamiento y bienestar cotidiano. En la actualidad la OMS define la salud como "El estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad" (WHO, 2002).

A la calidad de vida se le ha definido como la percepción del individuo acerca de su posición en la vida, con relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses considerando el contexto de su cultura y en el sistema de valores dentro de los que se encuentra inmerso (Harper & Power, 1998).

Jacobson, Groot & Samson (1995) señalan que la calidad de vida y la salud guardan una estrecha relación, así mismo consideran a la salud, la enfermedad y el tratamiento médico como variables que influyen en la percepción de funcionalidad y bienestar en la persona.

En el ámbito de la salud, la calidad de vida juega un papel importante en el funcionamiento y bienestar humano pues al deteriorarse la salud la calidad de vida suele deteriorarse. Por ello, es necesario instrumentar estrategias que restablezcan un equilibrio funcional y mejoren la auto eficacia, la solución de problemas, el afrontamiento y el desarrollo de habilidades sociales. El fortalecimiento de estas habilidades busca facilitar el adecuado funcionamiento del individuo en sus diversas áreas como la laboral, la escolar, la convivencia en comunidad o familia, etc. (González-Puente y Sánchez Sosa, 2001; OPS, 1999).

Para evaluar la calidad de vida, es necesario reconocerla en su carácter multidimensional que suele incluir áreas tales como: a) estado físico, b)

función de roles, c) percepción de dolor, d) estado emocional, y e) satisfacción con el tratamiento (Jacobson, Groot & Samson, 1995).

Las ciencias del comportamiento se han encargado de evaluar la significancia de las intervenciones clínicas, no sólo con criterios estadísticos o de comparaciones normativas sino en términos de su validez social, es decir de satisfacción del usuario de los servicios de salud. Esto requiere considerar la confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio como criterio previo a la instrumentación de intervenciones en el sentido de reflejar los efectos que producen dichas intervenciones (Kazdin, 1999). El uso del constructo "calidad de vida" ha resultado viable como variable dependiente que ayuda a determinar el cambio atribuible a intervenciones clínicas (Kendall, 1999).

La evaluación de la calidad de vida en relación con la salud incluye el examen de los efectos de los padecimientos crónicos y de su tratamiento. Se buscan cambios en el estado emocional del paciente, los efectos secundarios de medicamentos, las habilidades de afrontamiento, funcionalidad del paciente y la reducción de las incapacidades que producen algunos trastornos. Diversos estudios señalan como principales áreas de desadaptación a la enfermedad problemas derivados del tratamiento (por ejemplo; efectos molestos de medicamentos), baja adherencia terapéutica, bajo rendimiento académico y laboral, relaciones interpersonales conflictivas, comunicación deficiente con los demás, dinámica familiar difícil, baja autoestima y auto imagen deteriorada; todo ello añadido a los problemas económicos derivados de altos costos del tratamiento (Friedman & DiMatteo, 1989).

Se han identificado tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales en la medición de la calidad de vida (González-Celis, 2002).

- 1) en forma global,
- 2) la relacionada con la salud y
- 3) la específica para cada enfermedad

Estos tres niveles son identificables en prácticamente cualquier situación personal aunque el segundo y el tercer caso resultan más aplicables al caso del tipo de paciente que participó en el presente estudio.

Calidad de vida en el paciente hipertenso

La calidad de vida en padecimientos crónicos suele evaluarse en función del efecto de la enfermedad en referentes psicológicos; por ejemplo, autoeficacia, apoyo social percibido, afrontamiento y funcionamiento físico (Parker y Wright, 1997; Smith, Avis y Assmann, 1999).

En el caso de la hipertensión, la evaluación de la calidad de vida incluye aspectos como síntomas físicos, bienestar general, sueño, estado emocional, autocontrol, funcionamiento sexual, desempeño y satisfacción laboral, funcionamiento cognitivo, social, involucramiento de la familia y vitalidad (Ogihara, Nakagawa, Ishikawa, Mikami, Takeda, Nonaka, Pagano, Sasaki, Kagoshima & Higashimori, 1992; Osterhaus, Townsend, Gandek & Ware, 1994; Robbins, Elias, Croog & Colton, 1994; Hume, 1989)

Bardaje & Isacson (2001) en un estudio sobre calidad de vida encontraron importantes diferencias en calidad de vida en pacientes hipertensos al compararlos con sujetos normotensos. Entre otros, el aspecto sociodemográfico fue muy importante, pacientes con nivel socioeconómico alto y mayor nivel educativo reflejaron niveles de salud significativamente más altas, un mejor funcionamiento físico y menor atención al dolor. La condición de soltero se relacionó con menor calidad del funcionamiento social, emocional y percepción de salud. Las personas viudas o divorciadas calificaron significativamente peor en todas las escalas, excepto dolor físico en comparación con las que vivían en pareja.

Un estudio realizado en México con pacientes hipertensos reveló que los síntomas más frecuentes incluyen ansiedad, tos, fatiga, cefalea, náusea y mareo. No se encontraron diferencias entre sujetos por tipo de medicamento, estado civil, ocupación o tiempo de actividad física. En el

mismo estudio se instrumentó una intervención educativa para mejorar el estilo de vida en relación con la hipertensión. Datos de un grupo experimental contrastados con un control revelaron mejorías en estado de ánimo, fuerza física, capacidad de pensamiento, convivencia social y familiar, funcionamiento sexual y percepción de mejoría en la calidad de vida, en los pacientes expuestos a la intervención. Prácticamente no se modificaron la percepción de gravedad de síntomas y la necesidad de ayuda para actividades diarias (Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova & Martínez-Beltrán, 1998). Estos hallazgos se han ratificado con los encontrados en estudios más recientes (Riveros, 2002).

Adherencia Terapéutica

La OMS ha realizado cálculos importantes que señalan que, en general, se pierde una gran cantidad de recursos que invierten los sistemas de salud, ya que solo una pequeña parte de los pacientes llegan a recobrar su salud completamente (WHO, 2002). Una de las principales causas de esta pérdida de recursos se relaciona con la falta de cumplimiento de las instrucciones dadas por el equipo de salud, lo cual repercute muy directamente en una baja calidad de vida en esos miles de personas. Un ejemplo de estas pérdidas es el hecho de que más del 10% de los reingresos hospitalarios se deben a esta falta de cumplimiento o adherencia (Mason, Matsuyama & Jue, 1994).

La falta de adherencia se estima en un 20% para los tratamientos cortos, 50% para los tratamientos prolongados en condiciones crónicas, y 70% para tratamiento prolongados de padecimientos relativamente asintomáticos (como el caso de la hipertensión), (Safren, 1999). La incapacidad para adherirse a un tratamiento es un problema de relevancia universal en todas las especialidades y niveles de atención en salud (Sousa, 1987).

La OMS define a la adherencia retomando lo dicho por Haynes (1979), Rand, (1993) como "toda conducta del paciente comprendida como la toma de medicamentos, seguimiento de la dieta, y cambios en el estilo de vida,

las cuales corresponden con las recomendaciones dadas por el equipo de salud”.

El hablar de adherencia implica un papel activo, voluntario y cooperativo entre el médico y el paciente en un plan de tratamiento que incluye las actitudes y creencias del paciente, conductas específicas a llevar a cabo de acuerdo mutuo y la intención de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado (Latorre, 1994).

La literatura señala que la calidad de un tratamiento médico guarda una relación importante con la adherencia. La relación terapéutica se caracteriza por una atmósfera en la cual se explora el tratamiento, se negocia el régimen de tratamiento entre el médico y el paciente, se discute la adherencia y se planea el seguimiento del tratamiento (WHO, 2003)

El apego al tratamiento es importante al evaluar la evolución clínica y la efectividad de los tratamientos farmacológicos, por lo que, una interacción eficaz y acordada entre el paciente y el equipo de salud, es necesaria para el éxito del tratamiento. Un tratamiento adecuado se relaciona con el retardo en la aparición y avance de las complicaciones crónicas de la enfermedad (United Kindom Prospective Diabetes Study Group, 1998).

Es importante señalar que la adherencia se beneficia si la relación que guarda el equipo de salud y el paciente es cordial, accesible, continua, flexible y confidencial. Es necesario que el equipo de asistencia sea multidisciplinario. En efecto, la integración en conjunto formado por el médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, nutriólogo, farmacia hospitalaria, entre otros contribuye mucho al abordaje de los padecimientos crónicos como la hipertensión. Esto es especialmente cierto en el contexto del alto grado de complejidad del tratamiento y las dificultades que entraña un cambio en el estilo de vida cuando se padece una enfermedad crónica.

Se ha propuesto que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que para estudiarlo y comprenderlo requiere atención desde el inicio del

tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo; partiendo de la premisa de que es una conducta sujeta a las leyes del aprendizaje (Macía y Méndez, 1996). Así, el tratamiento de una enfermedad crónica y asintomática como la hipertensión requiere que la adherencia terapéutica se base en los múltiples factores e implicaciones que conlleva esta enfermedad.

Aspectos que interfieren en la adherencia terapéutica

La falta de adherencia puede comprenderse como deficiencias en conductas tales como: 1) comenzar y mantener un programa de tratamiento, 2) asistir a consulta o citas de seguimiento, 3) tomar correctamente los medicamentos prescritos, 4) sostener los cambios iniciados en el estilo de vida (alimentación, actividad física, control del estrés, etc.), 5) aplicar correctamente el régimen terapéutico domiciliario y 6) evitar conductas de riesgo (beber alcohol, fumar, consumo de sodio y alimentos grasos, etc.) (Meichenbaum & Turk, 1987, Rodríguez, 1999).

Existen factores de riesgo que influyen en la falta de adherencia, estos pueden relacionarse con el paciente, con el padecimiento y con la calidad en la interacción entre el equipo de salud y el paciente. Entre las primeras están el nivel socioeconómico, inexistente o escaso apoyo social en lo general como el reducido apoyo familiar en lo particular para facilitar el tratamiento (Sánchez-Sosa, 2002). La falta o nula comprensión del padecimiento y de los beneficios de su adecuado tratamiento, inconsistente disciplina y negligencia en el plan terapéutico establecido contribuyen al bajo cumplimiento de indicaciones terapéuticas.

Entre las atribuibles al tratamiento y al padecimiento están el carácter asintomático y crónico así como la falta de consecuencias inmediatas por la suspensión prematura del tratamiento. Algunas de las características del tratamiento que dificultan la adherencia son una duración prolongada, esquemas complicados o medicamentos múltiples y con efectos colaterales (Sánchez Sosa, 2001). Los efectos colaterales sorpresivos, una percepción del

medicamento como indicador de enfermedad, o de planeación y carencia de adaptación a cambios en su forma de vida también forman parte de las dificultades en la adherencia al tratamiento (JNC, 2003; WHO, 2003).

Cuanto más sofisticado es el régimen farmacológico, mucho más complicado es el cumplimiento, de aquí la importancia de simplificar el régimen en la medida de lo posible como estrategia para mejorar la adherencia. Por ejemplo, la asignación de una sola dosis al día, se asocia con un mejor cumplimiento que las dosis más frecuentes (Blumenthal et. al, 2002).

Existen factores que interfieren en la adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, dos de los más importantes son el carácter asintomático de la hipertensión y la idea de saber que es una enfermedad crónica la cual se padecerá para toda la vida. Otros factores que se pueden relacionar con la no adherencia son:

- Factores demográficos como la edad y el nivel educativo
- La comprensión y percepción que tenga el paciente acerca de la hipertensión
- El tipo de tratamiento dado por el equipo de salud
- La calidad de la relación entre el paciente y el equipo de salud
- La calidad del servicio en el sistema de salud
- Regímenes complicados de fármacos antihipertensivos (WHO, 2003)

Otras causas de la no adherencia se atribuyen a los factores que presenta el ambiente en el que los pacientes reciben los cuidados y tienen un considerable efecto en la adherencia, "las intervenciones dirigidas a los factores relevantes en el ambiente del cuidado de la salud son requeridos con urgencia" (WHO, 2003b). Es importante resaltar que la adherencia terapéutica se ve nulificada si no hay expertos conductuales en las instituciones para el cuidado de la salud, si hay carencias de entrenamiento en médicos, enfermeras, trabajadores sociales y si la actitud del personal de salud y de los familiares es negativa (Sánchez-Sosa, 2002). Dentro de los

escenarios de salud la relación con el médico tiene un efecto poderoso en la motivación, sobre todo por sus componentes de empatía o de confianza (JNC, 2003).

Medición de la adherencia terapéutica

La elección de una medida para favorecer la adherencia terapéutica va a depender del tipo de conducta, los recursos con los que se cuenta, el costo, las capacidades del paciente y del nivel de exactitud esperado (Dunbar, Dunning & Dwyer, 1989).

Existen diversas técnicas para medir adecuadamente la adherencia a un tratamiento (Sacket, 1994; Quittner, Espelage, Ievers-Landis y Drotar, 2000) cuatro de ellas incluyen:

- El resultado terapéutico y el juicio clínico
- Auto informe mediante cuestionarios, entrevistas y auto registros diarios
- La observación y el monitoreo biológico como medida directa
- Los contadores de píldoras, aparatos de monitoreo de medicamentos, recuento de tabletas o supervisión de envases prescritos
- Estimación del terapeuta de acuerdo a resultados obtenidos, la entrevista, como medidas indirectas

En México para medir la adherencia terapéutica se ha utilizado el auto registro como el método o medida de mayor eficacia en padecimientos crónico-degenerativos (Caballero, Gómez y López, 2004, Carballido, 2003; Cortazar, 2003; Riveros, 2002 y Lobato, 2002). Las limitaciones de esta medida se deben a la posibilidad de una baja confiabilidad ya que el dato depende del juicio de los pacientes sobre su conducta. Por buscar deseabilidad social los pacientes podrían sesgar los datos modificándolos o llenándolos incorrectamente.

Adherencia terapéutica en el paciente hipertenso

La falta de adherencia al tratamiento es la causa más importante de descontrol en la presión arterial en los pacientes hipertensos (Burt, 1988, Hershey, 1980 & Lucher, 1985) solo 20% de los pacientes medicados siguen adecuadamente el tratamiento (Costa, 1996). Es uno de los problemas más importantes de salud si se considera que la falta de adherencia general a condiciones crónicas asintomáticas como la hipertensión es aproximadamente del 70% (Kaplan, 1997; Safren, 1999).

Se ha encontrado que aproximadamente el 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran un óptimo control de su presión arterial (Burt, 1988 & Costa, 1996). Otros autores coinciden en señalar que la falta de apego al tratamiento ocurre aproximadamente en el 75% de hipertensos (Buró, Whelton, Roccella, Brown, Cutler, Higgins, Horan & Labarthe, 1995). Un 50% de los pacientes recién diagnosticados con hipertensión no asisten a la cita médica a la que son referidos. Con el tiempo, más del 50% de los pacientes que buscaron tratamiento lo abandonaron en el transcurso de un año y de los que se mantuvieron en tratamiento, sólo dos tercios toman suficiente medicamento para el adecuado control de su presión sanguínea (Vetter, Ramsey, Luscher, Schrey & Vetter, 1985).

Seguir adecuadamente el tratamiento se ha asociado con el mejoramiento del control de la presión arterial (Lucher, 1985) y con la reducción de complicaciones relacionadas con la hipertensión (Morisky, Levine, Green, 1963 & Psaty, 1990). Algunos esfuerzos dirigidos a promover conductas protectoras para evitar el desarrollo de la hipertensión se llevan a cabo en los escenarios de atención primaria. Los materiales educativos incluyendo trípticos o folletos ilustrados suelen ser ineficaces en el logro de un mejor apego a los medicamentos (Binstock & Franklin, 1988; Kirscht, Kirscht. & Rosenstock, 1981).

La eficacia de intervenciones no farmacológicas tales como reducir el consumo de sal en la dieta, bajar de peso, consumir muy poco alcohol e incrementar la actividad física se ha asociado con la disminución de la presión arterial en varios estudios (Jeffery, 1984 & Nugent, 1984).

El padecer una enfermedad crónica requiere cambios en el estilo de vida. Debido a que el mantenimiento, pérdida y restauración de la salud se ven afectados por el comportamiento, es importante trabajar en el establecimiento de la adherencia terapéutica específica para el caso del paciente hipertenso. Además de los beneficios notables de la terapia farmacológica, una inadecuada adherencia al medicamento hipotensor y a las recomendaciones medicas tiene como consecuencia efectos colaterales adversos tales como; labilidad en la presión arterial, riesgo de complicaciones cardiovasculares así como cerebrovasculares y un incremento en los gastos de los servicios de salud (Blumenthal et. Al, 2002).

La adherencia al tratamiento médico en enfermedades crónicas requiere de cambios conductuales los cuales involucran aprendizaje y adopción de conductas que promuevan la toma adecuada de medicamentos, implica estrategias que contemplen la vigilancia y apoyo familiar que refuercen las nuevas conductas que han logrado mejorar la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Además, los pacientes necesitan entender la importancia del mantenimiento de su presión arterial bajo control así como el uso adecuado de los medicamentos, necesitan aprender como resolver diversas situaciones como el olvido de la toma de medicamentos e identificar los eventos que interfieren con su tratamiento y resolver estas situaciones (WHO, 2003).

Las características de este padecimiento requieren de tratamientos específicos con requisitos de respuesta elevados, es decir, demandantes y complejos (Sánchez-Sosa, 2002). Además de los cambios recomendados para otras condiciones crónicas que por lo regular no se llevan a cabo adecuadamente (dieta, actividad física específica, estabilidad emocional, etc.) influyen en una inadecuada adherencia al tratamiento. Otro aspecto

que dificulta la adherencia es el establecimiento de rutinas que interfieran con el tratamiento, mismas que los pacientes y familiares no siempre saben resolver (Sánchez-Sosa, 1998; WHO, 2001).

Las intervenciones conductuales pueden reducir o eliminar las necesidades de una terapia farmacológica en algunos pacientes al modificar el estilo de vida para la reducción de la presión arterial (Glasgow, Engel y D'Lugoff, 1989).

Shapiro, Hui, Oakley, Pasic & Jamner (1997) demostraron que el agregar una intervención cognitivo-conductual al tratamiento farmacológico típico para la hipertensión en sus primeras etapas fue eficaz para disminuir y controlar la presión arterial así como la dosis requerida de medicamentos. El disminuir la presión arterial mediante la terapia farmacológica da como resultado una reducción demostrable en la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. Sin embargo, mantener a los pacientes en tratamiento es difícil en la práctica clínica, es ahí donde la intervención cognitivo conductual es aplicable para restaurar, establecer y restablecer conductas relacionadas con la adherencia al tratamiento.

Existen otras estrategias que complementan el tratamiento y mejoran significativamente la adherencia al tratamiento. Entre otras destacan: el apoyo social, monitoreo de la presión arterial en casa, educación dirigida a los miembros de la familia sobre la enfermedad y apoyo al paciente, llamadas telefónicas para verificar e identificar los problemas del seguimiento al tratamiento, uso de paquetes contadores de píldoras, educación continua así como reforzar el cumplimiento y sus logros (Binstock & Franklin, 1988; Kirscht, 1981; Morisky, Demuth, Field-Fass, Green & Levine, 1985).

Así, numerosas intervenciones se fundamentan en mecanismos psicológicos y protocolos de intervención para promover y mejorar la adherencia terapéutica. Un ejemplo lo constituye el protocolo de intervención "Pasos Vitales" (Safren 1999). Estas intervenciones han

mostrado resultados efectivos en pacientes con hipertensión (Burnier & Bruner, 2001); dolor de cabeza (Scopp, 2000); SIDA (González-Puente, 2001, Safren, 2001); cáncer (Wright,1998); trasplante de corazón (Dew, 1994); asma crónica (Godding, Kruth & Jamart, 1997); colesterol alto (Wilson & Edmunson,1993); obesidad (Burnett, Taylor & Agras, 1992) y diabetes (Robles, 2003). Así como en conductas específicas como abuso de alcohol (Mattson, Del Boca, Carroll, Cooney, Di Clemente, Donovan, Kadden, Mcree, Rice, Rycharik & Zweben, 1998) y fumar (Whitlock, Vogt, Hollis & Lichtenstein, 1997) entre otras.

En conclusión, dado a que la hipertensión arterial, es una enfermedad crónica con una creciente mortalidad y morbilidad en México, y que por sus características suele conllevar un severo deterioro en el bienestar y salud de quien la padece, es necesario diseñar y evaluar intervenciones viables y eficaces para mejorar la adherencia terapéutica así como la calidad de vida del paciente hipertenso. Las intervenciones psicológicas ofrecen una estrategia importante para reducir la presión arterial en la mayor parte de los casos y puede disminuir la cantidad de medicamento requerido para reducir exitosamente la tensión arterial.

IV Estrés e Hipertensión

Existen diversas teorías que tratan de explicar el fenómeno del estrés, una de las clásicas y más importantes es la de Hans Selye (1936) la cual define al estrés como un grupo de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción a la cual llamó Síndrome General de Adaptación. El estrés no se consideraba una demanda ambiental, sino como un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como repuesta a tal demanda. Posteriormente Lazarus y colaboradores lo definieron como la relación particular que se presenta entre el individuo y su entorno, evaluada por el sujeto como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1991).

La mayoría de los abordajes del estrés coinciden en señalar que el estrés, el comportamiento y otros factores, intervienen de diferente manera y se relacionan con problemas biológicos y psicopatológicos. El estrés puede producir efectos directos en la salud incrementando la vulnerabilidad del organismo, actuando como agente inductor y precipitando la aparición de trastornos al alterar el funcionamiento fisiológico general del organismo. Se le ha asociado con comportamientos no saludables como beber, fumar, abusar de sustancias psicoactivas, trastornos de alimentación, insomnio, y también como factor agravante de una enfermedad (Godoy, 1999; Matarazzo, 1980; Pomerleau & Brady, 1979; Seligson, 1992).

Los mecanismos por medio de los cuales el estrés influye en el organismo, aún no se encuentran totalmente descritos debido a que la fisiología de la respuesta de estrés es extremadamente compleja. Cuando un individuo percibe una demanda amenazante en el ambiente, la división simpática del sistema nervioso se activa aunque la persona se encuentre en un estado de reposo, debido a la estimulación de la medula adrenal. A su vez la hipófisis libera la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual afecta la corteza adrenal. La liberación de glucocorticoides en principio prepara al organismo para resistir embates del ambiente, prepara al individuo para el combate mediante la liberación de cortisol, estos

mecanismos nerviosos y endocrinos forman las bases fisiológicas del estrés y juegan un papel importante en el mecanismo salud enfermedad.

Harold Wolff y colaboradores desarrollaron una teoría de la enfermedad psicosomática, proponiendo que ésta era una respuesta adaptativa hacia el estrés. Sus estudios hacen énfasis en los factores ambientales y el estrés como precipitadores de la enfermedad. El individuo puede reducir la exposición a estos factores de riesgo si sus estilos de vida son saludables, lo que podría reducir la incidencia de recaídas e incluso posponer indefinidamente la ocurrencia de la enfermedad. Esta visión subraya el rol activo del comportamiento del individuo en la etiología y el manejo de la enfermedad.

El manejo del estrés es uno de los elementos fundamentales para mejorar la calidad de vida de los individuos (Caballo & Anguiano, 2002). A este respecto, Martínez (1998) ha hecho las siguientes propuestas:

- 1) El distrés constituye un riesgo para la salud, ya que los efectos del mismo contribuyen a un aumento inespecífico de la vulnerabilidad de los organismos ante cualquier agente patógeno con el que entren en contacto;
- 2) El estrés afecta los hábitos de salud, ya que propicia la realización de hábitos no saludables como fumar, comer en exceso o no comer, sedentarismo, no dormir, etc., y a la par, la reducción de conductas saludables;
- 3) Los episodios agudos de estrés pueden agravar ciertas enfermedades, debido a que el estrés puede precipitar el inicio de una crisis, su agravamiento y hasta su cronificación; y
- 4) El estrés puede distorsionar la conducta del individuo, ya que la apreciación de la propia enfermedad o de algún tipo de trastorno son fuentes de estrés, ante las cuales las personas no solo reaccionan

orgánicamente, sino también con una reestructuración de sus hábitos cotidianos.

Debido a esto, es relevante para la psicología encontrar medios para el manejo del estrés. De ahí surge un interés específico en el estudio de los estilos de afrontamiento, así como de las estrategias más adaptativas para responder a las demandas del medio.

Afrontamiento

Las teorías que buscan explicar los mecanismos utilizados para afrontar el estrés se han derivado en parte, de las teorías de la personalidad, que destacan el rol activo del sujeto en su autorregulación y el papel preponderante de la apreciación del individuo (Lazarus, 1981). El afrontamiento se considera como un proceso mediado por factores personales, contextuales y ambientales, así como la interrelación de los mismos. El término afrontamiento se define como todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1984).

La teoría de la crisis (Moos & Schaeffer, 1984) aborda cómo el individuo afronta sus crisis y transiciones vitales, así como las perturbaciones en patrones establecidos de identidad personal y social. Cuando las personas enfrentan un evento que altera sus patrones característicos de comportamiento y estilos de vida, requieren emplear mecanismos de solución de problemas para restaurar el balance. Una persona no puede permanecer en un estado extremo de desequilibrio, por eso la crisis por definición es autolimitada, aun cuando el equilibrio alcanzado sea temporal. Este nuevo equilibrio puede representar una adaptación saludable que promueve el crecimiento y la maduración personal o puede ser una respuesta poco adaptativa anticipatoria del deterioro psicológico.

La valoración cognitiva del individuo cuando se sabe enfermo, la definición de las tareas adaptativas involucradas y la selección y efectividad de las estrategias de afrontamiento, están influenciadas por tres conjuntos de factores: a) las características sociodemográficas y personales, b) las características propias de la enfermedad y c) las características físicas y sociales del ambiente (Moos, 1984).

Las principales tareas adaptativas para afrontar el estrés se pueden englobar en siete categorías propuestas por Moos & Schaeffer (1984).

Tareas relacionadas con la enfermedad

- Lidiar con el dolor, la incapacidad y otros síntomas
- Lidiar con el ambiente hospitalario y procedimientos de tratamiento especiales
- Desarrollar y mantener relaciones adecuadas con el equipo de salud

Tareas generales

- Preservar un balance emocional razonable
- Preservar un sentido de competencia, maestría y auto imagen satisfactoria
- Mantener relaciones con la familia y amigos
- Prepararse para un futuro incierto

Las habilidades de afrontamiento pueden organizarse en de tres dominios (Moos & Billings, 1982):

1. Afrontamiento centrado en la apreciación. Incluye todos los intentos para lograr entender y encontrar un patrón de significado en la crisis, tal como el análisis lógico, redefinición cognitiva y evitación cognitiva o negación.

2. Afrontamiento centrado en el problema. Busca confrontar la realidad de la crisis, tratando con las consecuencias tangibles e intentando construir una situación más satisfactoria. Incluye acciones como la búsqueda de información y apoyo, tomar acción en la solución de problemas e identificar consecuencias positivas alternas.
3. Afrontamiento centrado en la emoción. Busca manejar las emociones provocadas por la crisis y mantener un equilibrio afectivo. Incluye la regulación afectiva, descarga emocional y aceptación.

La tarea adaptativa de los pacientes crónicos consiste en lidiar con el tratamiento y los retos de la enfermedad. Dependiendo de los resultados los pacientes podrán mantener niveles adecuados de funcionamiento físico, emocional y social, que a su vez generarán un mejoramiento del bienestar y su calidad de vida (Bensing, Schreurs, & de Ridder, 1996; de Ridder, Schreurs, & Bensing, 1998).

Otros planteamientos están influidos por la teoría de Darwin según la cual la supervivencia del organismo depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y evitarlo, escapar o vencer a los agentes nocivos. En este contexto, el afrontamiento suele definirse como los actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica producida por ellas.

Las personas con enfermedades crónicas, como otras personas bajo estrés, usan una variedad de estrategias de afrontamiento, sólo que algunas estrategias son más efectivas que otras. El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en el paciente por dos razones: la primera incluye la reacción emocional de saberse con una enfermedad incurable por el resto de su vida, y segundo, la previsión de los ajustes que se verán obligados a hacer en su estilo de vida, debido a la enfermedad (Brannon & Feist, 2002).

El padecimiento de una enfermedad conlleva cambios fundamentales en la vida del paciente. La enfermedad como crisis también puede considerarse como un estresor en sí misma. La forma en que el paciente afronte dichos estresores va a determinar una buena parte del curso y evolución de la enfermedad, en virtud de las conductas que los pacientes desplieguen para su autocuidado. Pueden presentarse conductas que afecten positiva o negativamente su bienestar.

Estrés en pacientes hipertensos

El manejo del estrés en el paciente con hipertensión suele incluir técnicas que reducen, por ejemplo, el despertar por estrés excesivo, modificando las respuestas emocionales y cognitivas ante los sucesos que le preocupan, esto puede incluir reestructuración cognitiva, estrategias de autocontrol emocional e imaginación guiada ante situaciones sociales que provocan estrés.

Se ha demostrado que existen reducciones consistentes aunque modestas en la presión arterial (McCaffrey & Blanchard, 1985). Hay informes de estudios de éxito cuyos efectos persisten durante varios años al terminar la terapia (Patel, 1997; Patel & Marmot, 1988). Estos estudios hacen énfasis en la necesidad de recolectar mediciones en múltiples líneas base para adquirir niveles estables de presión arterial previos al tratamiento y de esta manera evitar la regresión a los efectos promedio.

Desde 1990 han aparecido sólo cuatro estudios aleatorizados controlados utilizando técnicas del manejo del estrés en el tratamiento de la hipertensión:

Bennett, Wallace, Carroll & Smith (1991) trataron pacientes con presión alta sin medicación con una intervención en manejo del estrés o con un programa de manejo de personalidad tipo A. Ambas intervenciones mostraron efectos en la disminución de la presión arterial al compararlos con la condición control.

En estudios recientes Linden, Lenz y Con (2001) instrumentaron una intervención individualizada en el manejo de estrés que mostró efectos significativos de reducción de presión arterial ambulatoria, aunque los niveles de presión arterial en consultorio no fueron diferentes entre grupo de tratamiento y el de control. El mismo efecto se volvió a encontrar cuando se trató al grupo control en lista de espera, los resultados mejoraron aun más en el seguimiento.

Ante la falta de intervenciones psicológicas sometidas a prueba, que busquen restaurar la calidad de vida, mejorar la adherencia al tratamiento médico de los pacientes hipertensos, así como el control del estrés generado por la propia enfermedad, el propósito del presente trabajo consistió en evaluar el impacto de una intervención cognitivo-conductual sobre la calidad de vida, la adherencia terapéutica y de los estilos de afrontamiento de un grupo de pacientes con hipertensión.

Método

Participantes:

Participaron veinticinco pacientes, veintidós mujeres y tres hombres con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial con evolución de entre 1 y 36 años con promedio de 12 años, sus edades fluctuaron entre 30 y 66 años con promedio de 54 años. Las características de los participantes se detallan en la tabla A:

Tabla A: Características sociodemográficas de los participantes

Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Diagnóstico
Casadas 68%	Hogar 56%	Primaria 52%	HTA 68%
Separadas 12%	Pensión 16%	Sin Estudios 20%	
Viudas 16%	Comercio 16%	Bachillerato 16%	HTA y Diabetes 32%
Divorciadas 4%	Otro 12%	Secundaria Completa 12%	

No se incluyeron pacientes que participaran en otros estudios con intervenciones cognitivo-conductuales, pacientes con diagnóstico confirmado de psicosis o retraso mental, o en fase terminal extrema que los incapacitara para responder a las necesidades mínimas necesarias de la intervención. Finalmente, se excluyeron del análisis a los pacientes que abandonaron el tratamiento.

Medición e Instrumentos:

Las variables dependientes incluyeron: calidad de vida, medida mediante el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), adherencia terapéutica, medida con un sistema de auto registro conductual, estilos de

afrontamiento del estrés medida con la escala de Moos (Moos y Schaefer, 1984), incluida en el propio inventario, presión arterial, régimen medicamentoso e índice de masa corporal (IMC).

Las áreas a evaluar en calidad de vida incluyeron aquéllas que la literatura de investigación ha resaltado reiteradamente como las que más se deterioran en enfermedades crónicas como la hipertensión (Anderson, Hogan, Appel, Rosen y Shumaker, 1997; Robbins, Elias, Croog y Colton, 1995; Lam y Lauder, 2000; Osterhaus, Towsed, Gandek y Ware, 1994). Las áreas incluyeron: percepción de salud y bienestar, relaciones interpersonales, funciones cognitivas y un indicador general de calidad de vida.

La variable independiente consistió en una intervención cognitivo-conductual, con componentes psicoterapéuticos diseñados expresamente para: a) establecer conductas de autocuidado, b) modificar cogniciones disfuncionales relativas al padecimiento y su tratamiento, y c) reducir reacciones emocionales que interfirieran con el autocuidado del paciente o con el tratamiento dado por el equipo de salud.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). (Véase anexo 1)

Este inventario se elaboró a partir de una revisión pormenorizada de la literatura de investigación sobre distintas escalas de calidad de vida y bienestar para condiciones crónicas específicas añadiendo, en su caso, reactivos cuya cobertura resultara fundamental para los cuadros clínicos abordados. Se consideraron prioritariamente los reactivos que figuraran reiteradamente en las diversas escalas. Se puso especial cuidado para situar a los reactivos como los más representativos de los aspectos esenciales a evaluar en la calidad de vida de un paciente con un padecimiento crónico.

De esta manera, se agregaron reactivos de otros instrumentos tales como la Escala de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS) calibrado para población mexicana (González Puente y Sánchez-Sosa, 2001) y el Inventario

de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) (Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán, 1993). Asimismo sirvieron como fuentes los siguientes instrumentos: Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickrey, Hays, Marooni, Myers & Ellison, 1995); Obesity Related Well-Being Questionnaire (ORWELL 97) (Mannucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras & Rotella, 1999); Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Boggs & Graham-Pole, 1994); Cuestionario de Calidad de Vida Postinfarto del Miocardio (MacNew QLMI) (Brotons, Ribera, Permanyer, Cascant, Moral, Pinar & Oldridge, 2000); y del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) (Fernández, Hernández y Rancano, 1999).

Se incluyeron las versiones estandarizadas y confiabilizadas para población mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Varela y Villegas, 1990); Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998); y de la Escala de Salud y Vida cotidiana (Forma B) de Moos. (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1986). En todos los casos, se modificaron las escalas de respuesta a fin de calcular tipificadamente la gravedad o severidad de cada síntoma o índice de malestar o de deterioro de la calidad de vida.

Validación

Inicialmente se realizó una validación por expertos para establecer las categorías a las que podrían pertenecer los reactivos del InCaViSa. Los reactivos que evalúan calidad de vida se transcribieron literalmente en tarjetas por separado y se solicitó a quince jueces independientes, psicólogos expertos en el área de salud, que asignaran los reactivos a conjuntos representativos de cada categoría, de acuerdo a su experiencia y criterio. Cada uno recibió las mismas instrucciones y definiciones de cada categoría, estandarizadas previamente (véanse los anexos correspondientes), en su momento el juez trabajaba en su tarea aislado de cualquier tipo de comunicación previa entre ellos o con los coordinadores del procedimiento.

De no resultar asignado un reactivo a la categoría correspondiente por lo menos el 80% de las veces, se modificaba el reactivo para mejorar su especificidad. En muy pocos casos, se redefinía el área para mejorar su claridad y acotar su inclusividad. Si en tres asignaciones sucesivas por los jueces algún reactivo no lograba más del 80% de consistencia interjueces o no caía al menos el 70% de los jueces en no más de dos categorías, se eliminaba. Los reactivos que se ubicaron consistentemente en dos categorías fueron retirados temporalmente del análisis estadístico de la categoría en la que cayeron la mayoría de las veces a fin de aislar posibles sesgos.

Todos los reactivos utilizados en la versión final, obtuvieron una consistencia interjueces igual o mayor de 85.5%. Se retiraron temporalmente del análisis 10.5% de los reactivos y se eliminaron 4%.

El procedimiento de validación interjueces es una estrategia basada en la experiencia y en la lógica de los jueces. Si bien no se le considera ideal para determinar la validez de las categorías de un instrumento, permite la obtención predeciblemente razonable de las variables importantes a su objetivo (Goode & Hatt, 1967). Esto resulta especialmente atinente por las precauciones metodológicas instrumentadas en el presente estudio para reducir el riesgo de sesgos en los jueces. Se estandarizaron las instrucciones y definiciones y el procedimiento, cada juez por separado y sin comunicación con los otros, para añadir transparencia al carácter de independencia de los jueces (Judd, Smith & Kidder, 1997). Se utilizó esta forma de validación como adición a su validez original extraída de los instrumentos o escalas fuente.

Confiabilidad

Se procedió a la administración del InCaViSa de manera individual a todos los participantes que firmaran su consentimiento informado de participación en el estudio, a partir de los criterios de inclusión. Para

explorar el poder discriminante de los reactivos, a cada uno se le computó la prueba t, a los que no obtenían el nivel de significancia mínimo se les eliminaba de los futuros análisis. Cada reactivo se contrastó con la media del inventario, finalmente se eliminaron los siguientes tres reactivos de la primera parte del inventario: "Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas", "Me parece que desde que me enfermé no confían en mí como antes", "Puedo realizar actividades vigorosas como correr y levantar objetos pesados."

A fin de calcular la consistencia interna del inventario, se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach para todo el instrumento arrojando un valor de .9023.

Se computó esta prueba para cada uno de los factores o áreas obtenidas a partir de la validación por jueces expertos. Se añadieron a este análisis los primeros 64 reactivos que son la parte del inventario diseñada especialmente para la valoración de los pacientes crónicos. Las otras subescalas del InCaViSa ya han sido previamente validadas y confiabilizadas Cuestionario de Calidad de Vida PostInfarto del Miocardio (MacNew QLMI) Brotons, Ribera, Permanyer, Cascant, Moral, et al. (2001); Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS) González Puente y Sánchez Sosa (2000); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Varela, y Villegas (1990); Inventario de Depresión de Beck (BDI) Jurado, Villegas, Méndez, et al. (1998); Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) Fernández, Rancano y Hernández (1999). El reactivo 65 por sí mismo se consideró como indicador de la valoración general de calidad de vida del propio paciente. Este reactivo no se incluyó en el análisis de consistencia interna, pero sí en el resto de ellos. Los valores Alfa de consistencia interna para cada una de las áreas fueron:

Percepción de salud y bienestar, (26 reactivos), .8265.

Relaciones Interpersonales (22 reactivos), .7025

Funciones cognitivas (4 reactivos), .7202 (Rodríguez Sierra, 2002).

Sistema de autoregistro conductual, "Carnet de Adherencia Terapéutica". (Véase anexo 2)

Se elaboró un cuadernillo de bolsillo, que resultara práctico y sencillo para llenarse, en el cual, el paciente "palomeaba" en los espacios que correspondían a cada actividad relacionada con su adherencia a las dimensiones de tratamiento y bienestar. Cada registro se hacía para cada día, durante una semana. A fin de reducir el riesgo metodológico de que los datos fluctuaran en función de la escolaridad de los pacientes, todos los reactivos del cuadernillo incluyen pictogramas que ilustran claramente cada conducta descrita en él.

Las variables que vienen incluidas fueron de dos tipos, de adherencia al tratamiento donde se presentan cuatro conductas: Ingesta de medicamentos, dieta, actividad física "deporte o ejercicio", (Goldberg, Hagberg, Delmez, Carney, McKeivitt, Ehsani & Harter, 1980; Lee, Rexrode, Cook, Manson & Buring, 2001; Mayer-Davis, D'Agostino, Karter, Haffner, Rewers, Saad & Bergman, 1998; Mokdad, Bowman, Ford, Vinicor, Marks & Koplan, 2001; Shephard, 2001) y conductas de riesgo, las cuales corresponden a los problemas de adherencia al tratamiento más frecuentes en los padecimientos crónicos como la hipertensión de acuerdo a la literatura de investigación (Bittar, 1995; Kendall, Jansen, Sjogren & Jansen, 1987; Luscher, Vetter, Siegenthaler & Vetter, 1985; McCarron & Reusser, 2001; Safren, 1999; WHO, 2001; Zilli, Croci, Tufano & Caviezel, 2000;)

Las variables restantes en el sistema de registro conductual fueron los indicadores de bienestar descritos con mayor frecuencia en la literatura, los cuales son susceptibles a registrarse diario y fueron etiquetados para su mejor comprensión como: Desempeño laboral "trabajo" (Abramson, Ritter, Michal, Gofin & Kark, 1992; Romney & Evans, 1996; Schmitt & Doerfel, 1999). Sueño "dormir a gusto o sueño reparador" (Alvarado, 2000; Finn, Young, Palta & Fryback, 1998; Manocchia, Keller & Ware, 2001; Mooe, Rabben, Wiklund, Franklin & Eriksson, 1996; Walsleben, Norman, Novak, O'Malley, Rapoport & Strohl, 1999). Actividad sexual quedó con el mismo

nombre (Braun, Wassmer, Klotz, Reifenrath, Mathers & Engelmann, 2000; Bulpitt, Beevers, Butler, Coles, Hunt, Munro-Faure, Newson, O'Riordan, Petrie & Rajagopalan, 1989; Dhabuwala, Kumar & Pierce, 1986). Interacción social "estar con amigos o conocidos 30 minutos aproximadamente o más" (Denollet, 2000; Gering, Pieper, Levy & Pickering, 1992; Gross, Limwattananon & Matthees, 1998; Henry, 1982). Distracción "diversión" (Ahern, 1999; Colwell, 1997; McCormack, 1988; McQuaid & Nassau, 1999; Ogden, 1996; Raglin & Morgan 1985).

En el último apartado del sistema de autoregistro se da la instrucción al paciente de registrar "conductas de riesgo", designadas por la especialidad médica correspondiente para su padecimiento, incluyendo las opciones de conductas de riesgo más tipificadas para la hipertensión arterial como: fumar, e ingerir alcohol, para su registro diario, así como dos espacios en blanco para adaptar el registro a las indicaciones particulares del especialista médico, como restricciones en el consumo de sodio o de alimentos grasos.

Validación del Registro conductual, "Carnet de Adherencia Terapéutica"

Se practicó una validación por expertos para asegurar que la forma de registro fuera entendible, y las viñetas expresaran la variable en cuestión.

Se elaboraron reproducciones divididas de cada una de las variables y su registro en el carnet, eliminando el nombre del indicador susceptible de autoregistro (Ingesta de medicamento, comida, ejercicio, etc.) Se le proporcionaron a diez jueces, psicólogos expertos en salud, que colocaran cada reproducción en el nombre del indicador (pegados en tarjetas sobre una mesa) en donde lo consideraran, referente a la ilustración y la forma de registro. Los jueces trabajaron de manera individual e independiente.

Los resultados de la validación arrojaron un 100% de consistencia interjueces en cuanto a la asignación a las categorías pertinentes, lo que significa que el carnet contiene un alto grado de validez de facie, lo cual

permite, en principio, la evaluación de la adherencia terapéutica y el bienestar psicológico en pacientes con diversos padecimientos crónicos (Lobato, 2002).

Carta de Consentimiento Informado. (Véase anexo 3)

En esta carta se describen los objetivos particulares y generales del estudio, las condiciones de su participación, el tiempo aproximado de duración, las actividades que se realizarían, los beneficios que se podrían obtener, y la estipulación reiterada de que la participación del paciente sería voluntaria. Se aclaraba que aún en caso de retiro voluntario, no habría consecuencias como usuario(a) de los servicios de la institución o de cualquier otra índole. Adicionalmente se incluyeron los datos pertinentes de los investigadores, para que, en caso de considerarlo necesario, pudieran comunicarse con ellos. Este documento se elaboró de acuerdo a los preceptos éticos estipulados en el Artículo 118 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002). (Nótese en el Anexo).

Protocolo de Intervención "Pasos Vitales" (Safren, 1999). (Véase anexo 4)

Este protocolo se diseñó para aplicar una intervención, con enfoque de solución de problemas de acuerdo a una lista de verificación, donde el paciente y el terapeuta hacen un análisis de los problemas que con mayor frecuencia aparecen al seguir un tratamiento médico y diversas formas de solucionarlos. La finalidad del protocolo es mejorar la adherencia terapéutica del paciente en cuestión. Los aspectos abordados incluyen 11 pasos: Paso 1. Razones expuestas y analizadas y (en su caso) video exhibido: Educación para la salud o psicoeducación. Paso 2. Transporte a las consultas explicadas y planes alternos preparados. Paso 3. Relación con el equipo de salud analizado, es decir, la calidad de la comunicación y lo fraterno de esta. Paso 4. Efectos colaterales abordados: lidiar con los efectos secundarios. Paso 5. Obtención de medicamentos abordado y problemas resueltos: establecer horarios pertinentes para la toma del medicamento, utilización de recordatorios o señales para el mismo objetivo. Paso 6.

Horario llenado: Almacenar o conservar medicamentos así como transportarlos en caso de salidas. Paso 7. El paciente tiene un sitio viable para guardar sus medicamentos: recordatorios de tomar el medicamento, modificar el significado del medicamento y ajustes a la dieta, hacer ejercicio. Paso 8. El paciente dispone de señales de ayuda para su adherencia terapéutica: imaginería guiada para facilitar adherencia,. Paso 9 El paciente completa su imaginación guiada. Paso 10. Al paciente se le ha instruido sobre cómo manejar olvidos. Paso 11. El paciente resume o re-explica cada paso al terapeuta: se hace un repaso final de cada uno de los pasos.

Bitácora Terapéutica (Véase el anexo 5)

Se presentan dos formatos de vaciado de datos sociodemográficos e identificación del padecimiento donde se anotaba el inicio, desarrollo y avances del tratamiento del paciente, se recolectaba información como nombre, dirección, número telefónico particular y número telefónico para dejar recados, edad, diagnóstico principal, antigüedad del padecimiento, nombre del médico o especialista encargado del tratamiento, datos de familiares que podrían participar en el proceso del tratamiento psicoterapéutico, etc. Contiene también algunos espacios para las anotaciones breves del terapeuta sobre el paciente, su familia y la evolución de su tratamiento.

Diseño

El presente estudio constituyó un ensayo clínico aleatorizado donde se buscó documentar si en cada paciente ocurre una réplica del efecto clínico programado (Kazdin, 1998; Sidman, 1960). Se realizaron comparaciones longitudinales y transversales, las primeras respecto a los cambios antes y después de la intervención, así como durante los seguimientos y la segunda sobre cambios en las medidas fisiológicas.

Los pacientes se asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones, una cuyo tratamiento empezaba en cuanto se completaban dos semanas de las medidas de línea base (condición de "tratamiento inmediato") y la otra con tratamiento diferido el cual iniciaba dos semanas más tarde. El componente diferido se basa en la precaución metodológica de aislar posibles contaminantes derivados de la comunicación no autorizada (o aleatoria) entre los participantes (pacientes y o miembros del equipo de salud), así como efectos del paso del tiempo (Kazdin, 1998; Sánchez Sosa, 1998; Sidman, 1960).

Procedimiento

A los pacientes participantes en el estudio se les invitó personalmente por parte de los terapeutas desde la sala de espera de consulta externa de medicina interna del Hospital General de México, O.D. En el caso de otra institución: la Unidad de Medicina Familiar 67 del IMSS, a los pacientes los canalizaban sus médicos tratantes, y el servicio de Trabajo Social de la unidad.

Al recibir al paciente se le saludaba y ofrecía un esbozo general sobre su posible participación en el estudio, señalando la finalidad de la investigación, la forma de intervención, y lo que se le pediría en las distintas etapas del estudio, reiterando que su participación sería voluntaria y podría rehusarse o retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna como usuario de los servicios de salud. Se procedía entonces con la lectura y, en su caso, firma del "Consentimiento Informado", y se aclaraban las posibles dudas respecto a su participación. En la siguiente sesión se daban las instrucciones para la aplicación y llenado del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). Se le proporcionaban los carnets de autoregistro de "adherencia terapéutica", cuatro en el caso del tratamiento diferido, dos para el tratamiento inmediato, con el objeto de establecer la línea base de las conductas que en éste se especificaban. No hubo paciente que se negara a firmar el consentimiento informado aunque algunos pacientes se rehusaron a participar debido a que vivían muy lejos o por

falta de ingresos para trasladarse, esto ocurrió especialmente en el hospital general.

Se procedía entonces a la intervención terapéutica, cuyos componentes fueron: el análisis y modificación de pensamientos disfuncionales, entrenamiento en habilidades de autorregulación (relajación), instrumentales, de afrontamiento, técnica de solución de problemas y de adherencia terapéutica (Safren, 1999). En caso de ser necesario, se instrumentaban procedimientos de psicoterapia breve adicionales, como sensibilización y desensibilización sistemática, manejo del enojo y asertividad.

Finalmente en las últimas sesiones, se examinaban las metas logradas durante el tratamiento, se le plantean sugerencias de solución de problemas para probables recaídas en el futuro, promoviendo la transferencia de control a su ambiente cotidiano. Se repasaron los eventos en los que había empleado las técnicas aprendidas en el transcurso de la terapia, reafirmando su uso en situaciones distintas a las revisadas anteriormente con la intención de lograr la generalización de las ganancias obtenidas a otros aspectos del presente y del futuro. En la última sesión se volvía a administrar el InCaViSa, se les entregaban doce carnets que cubrían tres meses de seguimiento, al finalizar ese período, se repasaban los aspectos relevantes en su bienestar ocurridos en el transcurso del seguimiento, se aplicaba nuevamente el Inventario (InCaViSa), se proporcionaban los últimos carnets para tres meses más, correspondientes al último seguimiento.

Al terminar el tratamiento, se les hacían llamadas a cada paciente, por lo menos una vez dependiendo el caso, durante los periodos de seguimiento para recordarles que continuaran registrando en su carnet las actividades ahí propuestas, además de supervisar que las metas alcanzadas se mantuvieran durante la intervención. En caso de ser necesario o bajo condiciones especiales como contingencias familiares, o bien de salud, se

ofrecía a los pacientes una nueva cita para sesiones de revisión y mantenimiento, en su defecto se hacían seguimientos telefónicos semanales.

Desde la primer entrevista con el paciente, el terapeuta le ofrecía su teléfono(s) donde lo podría localizar, anotándolo en alguno de sus carnet's, con el fin de facilitar su localización para situaciones como cancelación de citas por fuerza mayor, acordar nuevas citas y para manejo de urgencias.

En el último encuentro personal con el paciente se hacía la última aplicación del InCaViSa, correspondiente al segundo seguimiento, llegando de esta manera, a concluir el programa. Se agradecía la participación del paciente y se le despedía.

Intervención

El planteamiento e instrumentación de la intervención cognitivo conductual se estableció individualmente de acuerdo a los resultados del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, así como del inventario de estilos de afrontamiento de Moos, y las impresiones clínicas derivadas de las entrevistas. Las metas se plantearon en función del reconocimiento de las áreas que resultarían deterioradas por el proceso de la enfermedad. Estas corresponden a las ya documentadas por la literatura de investigación como componentes principales de la Calidad de Vida.

La intervención cognitivo-conductual consistió en el empleo de técnicas como: autorregulación (respiración diafragmática, relajación muscular profunda e imaginación guiada), desensibilización sistemática, solución de problemas, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, asertividad, modelamiento, asignación y seguimiento de tareas y reforzamiento (Kanfer & Goldstein 1991).

Técnicas de autorregulación

El objetivo de estos procedimientos es que el paciente distinga las sensaciones opuestas de un estado de relajamiento comparado al estado de tensión, a partir de un seguimiento de instrucciones sencillas y poca dificultad para practicarla, ésta conduce al paciente a identificar cambios fisiológicos en la temperatura periférica y el tono muscular. Las técnicas que se ocuparon en esta investigación fueron: a) respiración diafragmática (Jacobson, 1929), b) frases autógenas, c) relajación progresiva muscular (Jacobson, 1929) y d) escritura emocional auto-reflexiva (Pennebaker, 1988).

Desensibilización sistemática

Ésta es una técnica que se emplea principalmente para controlar reacciones de ansiedad. Consiste en entrenar al paciente para mantener un estado de relajación, al mismo tiempo se le expone a una escena visual imaginaria donde haya experimentado un estado de tensión o algún tipo de reacción (Wolpe, 1958, Goldfried & Davison, 1994).

Solución de problemas

La terapia basada en la solución de problemas (Nezu & Zurilla, 2000) tiene como objetivo ayudar al paciente a afrontar el estrés y los problemas de la vida cotidiana, consiste en ayudar al paciente a generar y plantearse probables alternativas de solución a diversos problemas, de estas opciones el paciente decide cuál es la que cuenta con mayores posibilidades de éxito. Finalmente implementa un plan de acción y evalúa las consecuencias. Las cinco áreas más importantes de solución de problemas son: definir el problema, formulación del problema, generar alternativas, toma de decisiones, instrumentación y verificación de la solución al problema (Nezu & Zurilla, 2000). Alguna de las metas clínicas de esta intervención incluyeron mejorar los niveles de auto eficacia, adherencia al tratamiento y los niveles de calidad de vida, así como los estilos de afrontamiento de cada uno de los pacientes atendidos. (Ver anexo 6)

Reestructuración cognitiva

En esta técnica el terapeuta enseña al paciente a modificar creencias o pensamientos que provocan sensaciones de malestar como sentimientos de tristeza y ansiedad, que obstaculizan responder o funcionar de la mejor manera posible a las demandas de su ambiente, desde un análisis lógico y real de sus problemas (Hollín & Beck, 1994; Meichenbaum, 1998.).

Habilidades sociales

Ensayo Conductual: Esta técnica se utiliza para expandir el repertorio de comportamientos de afrontamiento del paciente. Consiste en explicarle al paciente los nuevos comportamientos que necesita adquirir, seleccionar las situaciones meta, realizar el ensayo conductual (observar cómo lo hace al pedírselo), proporcionar retroalimentación y hacer que el paciente aplique las habilidades recién adquiridas en situaciones de la vida real. Se usó el ensayo conductual y otras técnicas también para entrenar a los participantes a expresar sus necesidades con eficacia sin infringir los derechos de los demás. (Bellack, Hersen & Turner, 1976)

"Pasos Vitales"

Se aplicó la intervención "Pasos Vitales", que se diseñó con el propósito de mejorar la adherencia terapéutica a través de establecer estrategias fáciles para el seguimiento de indicaciones terapéuticas como toma de medicamentos, seguimiento de la dieta, etc. (Safren, 1999).

Asignación, seguimiento de tareas y consolidación

El terapeuta y el paciente durante las sesiones acordaban una serie de tareas con el objetivo de ensayar los diversos tópicos trabajados durante las sesiones de tratamiento. Posteriormente cerca del final de tratamiento se evaluaban las metas obtenidas acordadas al principio de la intervención. Se instruía al paciente para generalizar y sostener las habilidades que se

habían adquirido durante la intervención (prevención de recaídas), así como para la finalización de la misma.

Cada sesión duraba una hora a la semana, el tratamiento tuvo una duración mínima de cuatro sesiones, según las necesidades del caso en cuestión y del criterio clínico del terapeuta, el promedio de sesiones administradas fué de diez a quince sesiones, ya que no se podía avanzar a otra etapa del tratamiento hasta que el paciente mostrara dominio sobre la anterior.

El orden de las diferentes técnicas y protocolos se realizaba según las necesidades de cada caso, por ejemplo, si el paciente manifestaba otros problemas que interfirieran con el proceso de aprendizaje, como dificultades con el manejo de ansiedad, estrés, depresión o problemas familiares, éstas se atendían primero.

Seguimiento telefónico

A partir del primer encuentro con el paciente se recolectaron los datos generales que la bitácora terapéutica contenía en su formato, especialmente los números telefónicos disponibles (número particular de la residencia, número celular, del trabajo, o bien donde se le pudieran dejar recados).

Ya que transcurrió el periodo asignado de línea base (quince días para tratamiento inmediato y treinta días para tratamiento diferido), se les llamó a los pacientes un día antes de la cita como recordatorio. Si el paciente no asistía, se le volvía a llamar para conocer el motivo por el cual no pudo asistir a la cita y verificar si todavía estaba interesado en participar en el tratamiento, de ser afirmativa la respuesta, se replanteaba otra nueva cita.

En caso de que el tiempo hasta la siguiente cita fuera prolongado (mayor a una semana), y el terapeuta juzgara necesario, por las características de la queja, reforzar la intervención, se realizaban las llamadas pertinentes entre sesiones. Si el paciente no tenía teléfono y el tiempo entre sesiones fueran

mayores a una o dos semanas (por ejemplo, en pacientes con escasos recursos que radicarán en provincia), el seguimiento se hacía de ser factible por telegrama, fax o correo electrónico.

Resultados

Para calcular la significancia estadística de los efectos de la intervención sobre los puntajes del InCaViSa, se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, alternativa no paramétrica a la prueba T de Student para muestras relacionadas, donde cada sujeto es su propio control. Se incluyen las medidas de los puntajes del inventario y las diferencias de los cambios, mismas que son de nivel ordinal e intervalar respectivamente. La selección de la prueba se basó en el tamaño de la muestra y el diseño experimental buscando no inferir el supuesto de normalidad en la población. Esta prueba se emplea cuando las medidas pueden corresponder a dos condiciones distintas, una experimental una otra control, o bien un pre-test y un post-test (Siegel, 1991).

Las áreas del InCaViSa que se examinaron fueron: Percepción de salud y bienestar, Relaciones interpersonales, Funciones cognitivas, Tolerancia a los síntomas físicos y la valoración general de calidad de vida.

En el siguiente cuadro se observa la significancia estadística para cada área del InCaViSa, donde aparecen los niveles de significancia de los cambios, del pre al post-test, establecidos a través de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon.

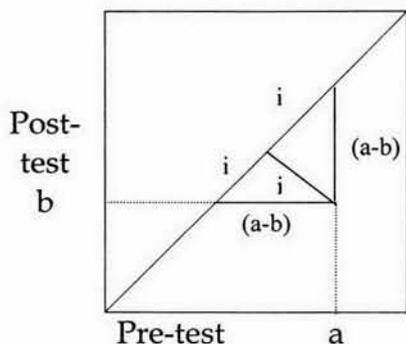
Cuadro # 1 Significancia estadística de las áreas del InCaViSa				
Salud bienestar	Relaciones interpersonales	Funciones cognitivas	Tolerancia al síntoma	Calidad de vida
P = .000	.000	.001	.000	.002

* $p < .01$
** $p < .001$

Para denotar los efectos de la intervención en el Inventario de Calidad de Vida y Salud y sus áreas correspondientes, el indicador general de calidad de vida y tolerancia a los síntomas se utilizaron los porcentajes de las puntuaciones totales a fin de cumplir tres propósitos: a) mantener completa

la información de las respuestas de los pacientes, b) conservar la proporción de las áreas que tienen diferentes escalas de calificación en el InCaViSa y c) no reducir artificialmente la variabilidad mediante el uso de medidas de tendencia central (Sidman, 1960).

Los porcentajes por área se calcularon sumando los puntajes de todos los pacientes por área, multiplicándolos por 100 y dividiéndolos entre el máximo posible de beneficio del área, obteniendo un porcentaje total del mismo para los veinticinco pacientes. El 100% o máximo posible de beneficio se computó como la suma de los puntajes máximos posibles por área dividiéndolos entre el número de reactivos por cada área.



Esta figura muestra como se realizaron las gráficas y las fórmulas con la que se realizaron, la siguiente fórmula se pudo identificar la distancia específica desde la línea de no cambio (bisectriz) hasta el punto donde se ubico cada paciente.

$$i = \frac{1}{2} \sqrt{2(a-b)^2}$$

El Pre-test se representa con la letra **a**, la cual se ubica de lado de la abscisa, en el lado de la ordenada encontramos la letra **b**, la cual representa los valores del post-test; **i**, representa el cambio encontrado del pre-test al post-test. Para poder identificar que tan significativo fue el cambio del pre-test al post-test, es decir si el cambio alcanzó una significancia alpha de .05 o .01 se aplicó la siguiente fórmula:

$$Z_i = \frac{i}{SD_i} \left(\text{sig} - (a-b) \right)$$

Estas fórmulas se aplicaron a los datos obtenidos de cada instrumento aplicado tanto en el pre-test, como el post-test.

Las figuras 1 a 5 muestran los efectos de la intervención sobre los puntajes de calidad de vida reflejados en el InCaViSa. Cada letra representa un paciente, cada pequeño rombo representa el punto de ubicación del paciente en la grafica. La abcisa representa el pre test y la ordenada el post test. En este mismo eje se encuentran dos líneas que representan los puntos de corte del nivel de significancia de cambio asociada a una probabilidad de .05 (línea discontinua) y .01 (línea punteada). Una línea diagonal que parte del origen y divide al cuadrante en partes iguales llamada bisectriz indica la línea sobre la grafica que representa cero cambio.

La figura 1 muestra los efectos de la intervención sobre los puntajes de percepción de salud representados en porcentaje, donde 0% representa la mínima puntuación en percepción de salud y 100% muestra la máxima percepción de salud. Como la bisectriz refleja el no cambio es un punto de referencia que permite visualizar el tamaño del cambio de cada uno de los 25 pacientes participantes. En el área más cercana a la bisectriz figuran cuatro (a, n, k y w) de los veinticinco pacientes, éstos muestran cambio mínimo. Más adelante se observa a 12 (b, d, c, e, f, o, j, i, g, x, s y v) de los 25 pacientes que están más allá de la línea punteada que representa el valor alpha .05. Por otra parte, nueve (p, m, h, q, y t, l, r y u) de los 25 pacientes se encuentran por arriba del área de significancia asociada a probabilidades menores tanto de alpha .05 como de alpha .01. Estos nueve mostraron los mayores cambios del pre test al post test en el área de percepción de salud.

La figura 2 muestra los efectos de la intervención sobre los porcentajes obtenidos por cada uno de los 25 pacientes en el área de relaciones interpersonales del InCaViSa. La abcisa presenta los resultados del pre-test y la ordenada los del post-test. Cero por ciento representa la mínima puntuación y 100% la máxima. Casi sobre la bisectriz están dos de los veinticinco pacientes (w y p) con cambio modesto; más adelante, 15 (b, c, k, m, g, f, d, i, q, x, n, l, h, e y v) de los 25 que se encuentran en el área de significancia al.05, con cambios moderados. En la parte superior al área de significancia al .01. se muestra a los ocho pacientes (a, o, r, u, s, y, t, y j) con los mayores cambios del pre test al post test.

Fig. 1 Calidad de Vida, área percepción de salud
Resultados de grupo
(0%= pobre calidad de vida, 100%= buena calidad de vida)

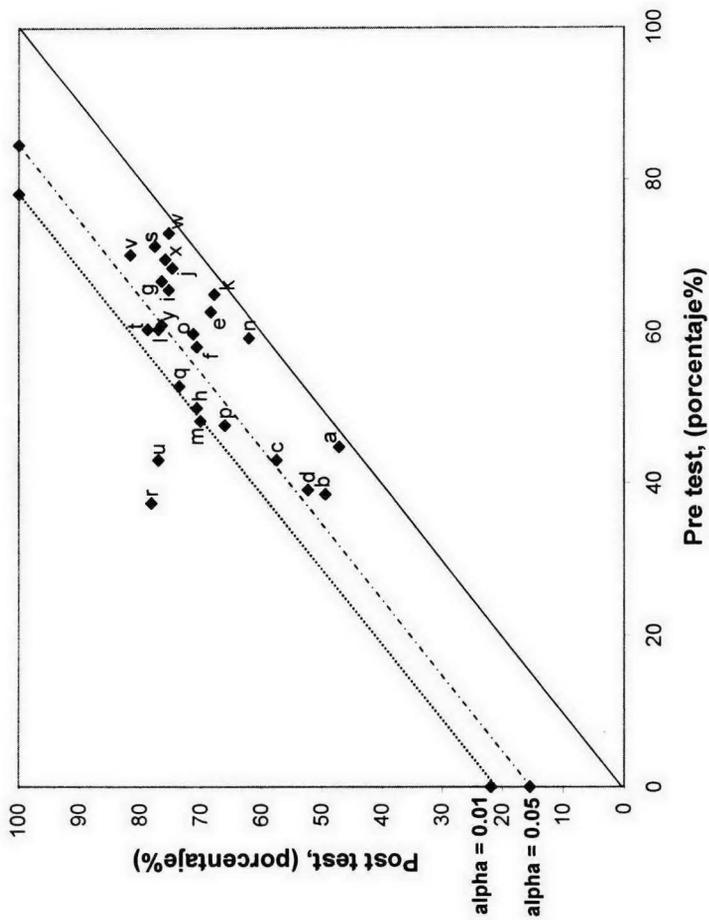
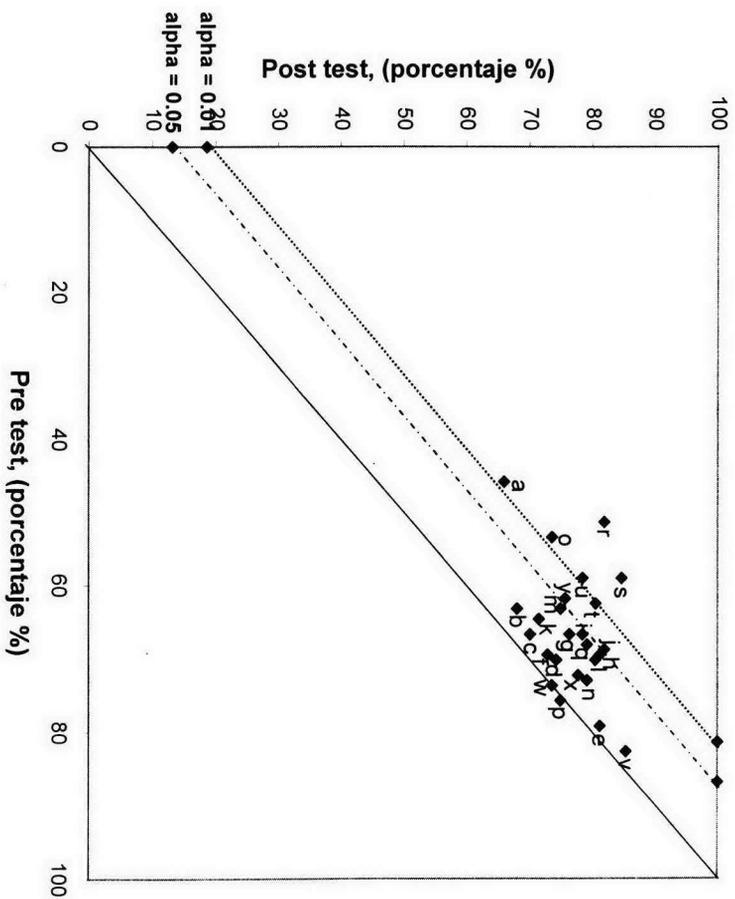


Fig. 2 Calidad de Vida, área de relaciones interpersonales
Resultados de grupo
(0%= pobre calidad de vida, 100%= buena calidad de vida)



En la figura 3 se muestra los resultados en el área de funciones cognitivas. La abcisa presenta los resultados del pre test y la ordenada del post-test. Por debajo de la bisectriz se encuentran dos (k y j) de los veinticinco pacientes con decremento en los cambios del pre test al post test. Sobre la bisectriz se ubican cuatro (e, f, a y c) pacientes sin cambios. Los once pacientes ubicados en la parte superior a la pendiente muestran cambios moderados (d, h, g, p, b, q, s, l, t, v y w). Por arriba del corte del alpha de .05 se muestran ocho de los veinticinco pacientes más beneficiados (i, m, n, o, x, y, u y r).

La figura 4 muestra los cambios en el área de tolerancia a los síntomas. Por debajo de la pendiente se ubican 3 de los 25 pacientes (e, i y k) quienes disminuyeron su tolerancia a los síntomas físicos. Apenas por arriba de la bisectriz se ubican cinco (j, t, v, w, e y) pacientes con cambios mínimos. Por debajo del área de significancia de alpha de .05 se ubican once (a, m, b, c, s, l, g, u, q, p y x) con cambios moderados y más adelante sobre la línea del área de significancia a .01, encontramos a seis (f, h, n, d, r y o) con las mayores ganancias en el área de tolerancia a los síntomas físicos.

La figura 5 muestra los efectos de la intervención sobre los puntajes del indicador general de calidad de vida. Debajo de la pendiente se ubican tres (l, f y v) de los 25 pacientes con decremento en el indicador de calidad de vida. Sobre la pendiente figuran seis pacientes (c, p, y, k, w y m) prácticamente sin cambio del pre test al post test. Por debajo del área del .05 se ubican siete (a, i, q, t, s, n y e) pacientes con cambio moderado y por arriba del área .01 hay nueve (g, o, j, b, r, u, x, d y h) pacientes con los mayores cambios.

La figura 6 se muestran los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck, en la abcisa el pre-test y en la ordenada el post test. Nuevamente la bisectriz identifica a los pacientes sin cambios. Cabe señalar que los puntajes expresados en esta figura son crudos, con 63 como máxima puntuación y cero la mínima. Los niveles de ansiedad se delimitan en los

Fig. 3 Calidad de Vida, área de funciones cognitivas
Resultados de grupo
(0%= pobre calidad de vida, 100%= buena calidad de vida)

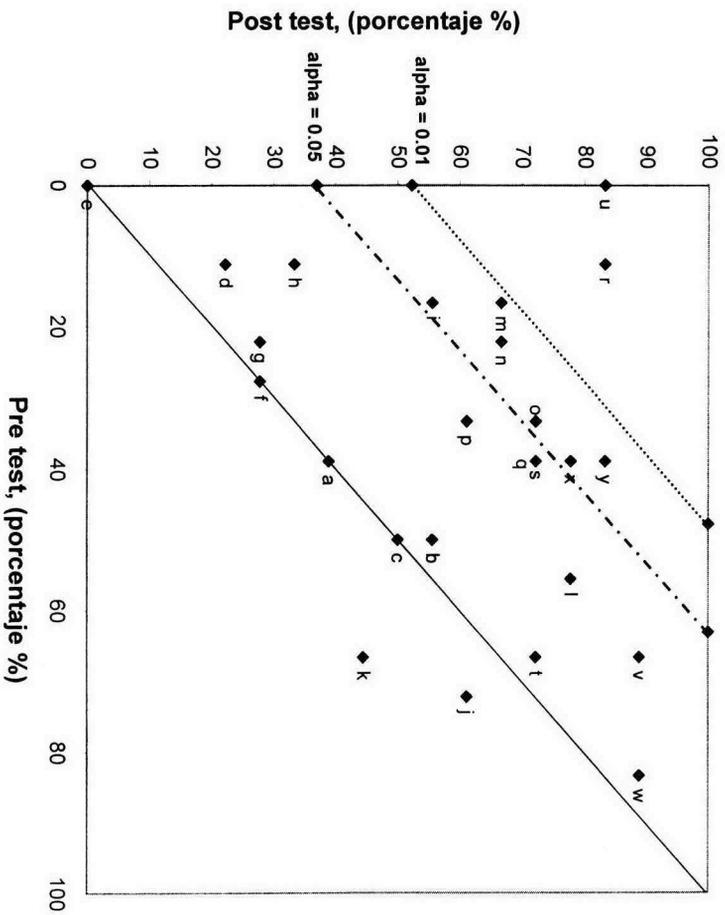


Fig. 4 Calidad de vida, área de tolerancia al sintoma
Resultados de grupo
(0%= pobre calidad de vida, 100%= buena calidad de vida)

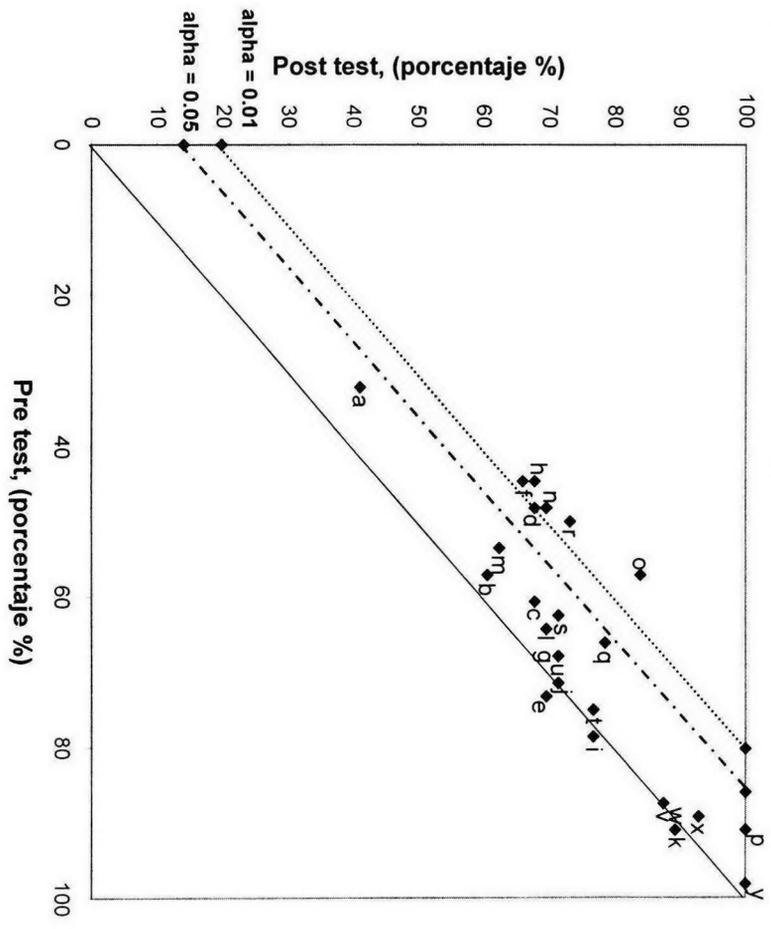


Fig. 5 Calidad de Vida, indicador general de calidad de vida
Resultados de grupo
(0%= pobre calidad de vida, 100%= buena calidad de vida)

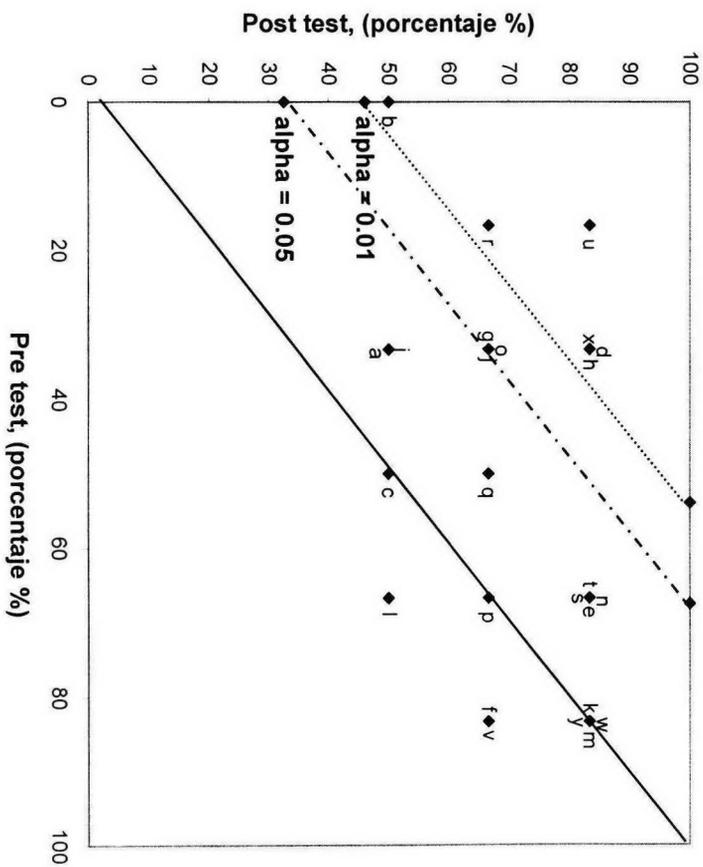
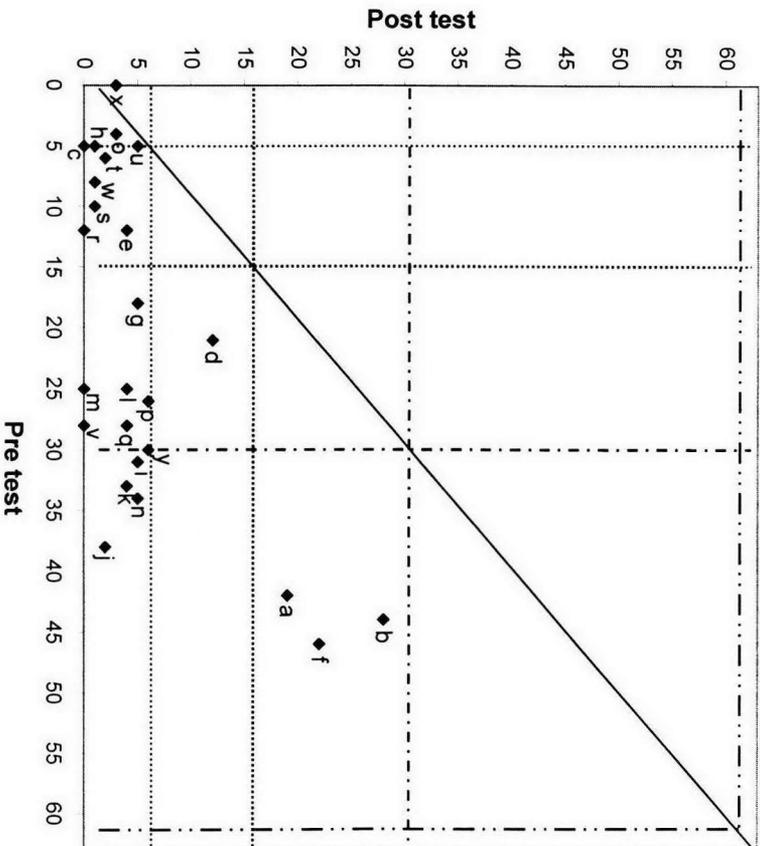


Fig. 6 Inventario de Ansiedad de Beck
Resultados de grupo
(0= ansiedad mínima 63= ansiedad severa)



siguientes grados: de 0 a 5 se le considera mínima, de 6 a 15 leve, de 16 a 30 moderada y de 31 a 63 grave.

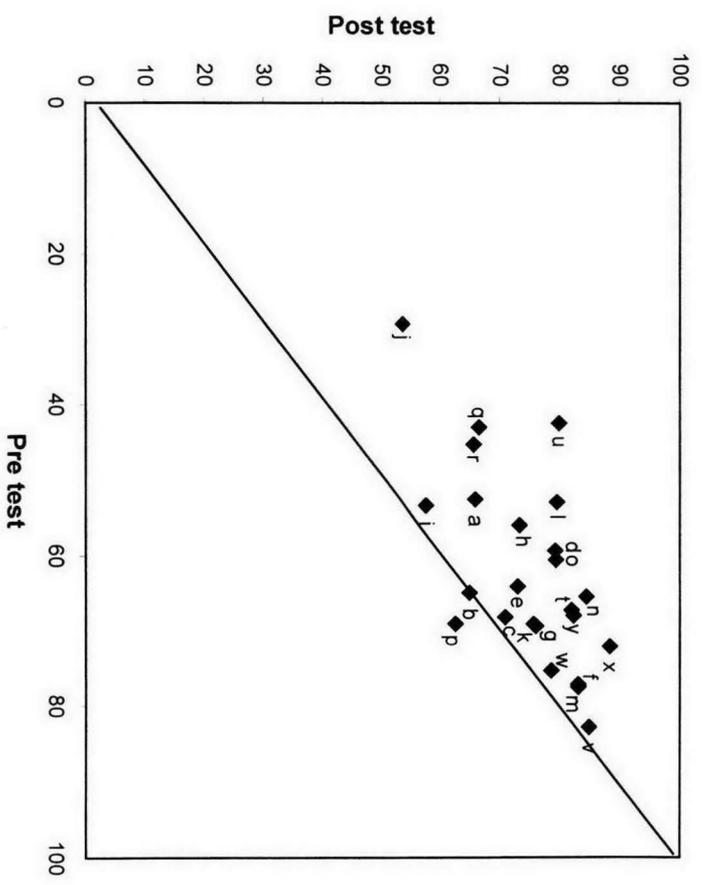
La gráfica muestra 5 (c, h, o, u y x) de los 25 pacientes con nivel mínimo de ansiedad inicial y finalizaron el tratamiento con el mismo nivel. Cinco pacientes (t, w, s, r y e) iniciaron el tratamiento con ansiedad leve y lo finalizaron con ansiedad mínima. Otros cinco pacientes (g, l, q, m y v) iniciaron el tratamiento con ansiedad moderada y lo finalizaron con un nivel mínimo de ansiedad. Dos (p y d) pacientes iniciaron con un nivel moderado y finalizaron con un nivel leve de ansiedad. Los de mayor cambio son cinco pacientes (i, n, y, k y j) con ansiedad grave en el pre-test y el mínimo en el post. Los tres últimos pacientes (a, b y f) iniciaron con ansiedad grave y terminaron con moderada.

La figura 7 muestra los resultados en los Estilos de Afrontamiento. La abcisa representa el pre-test y la ordenada el post-test como porcentajes. Esta grafica muestra los resultados de veinticuatro pacientes debido a que uno de los veinticinco pacientes no contesto esta sección del InCaViSa.

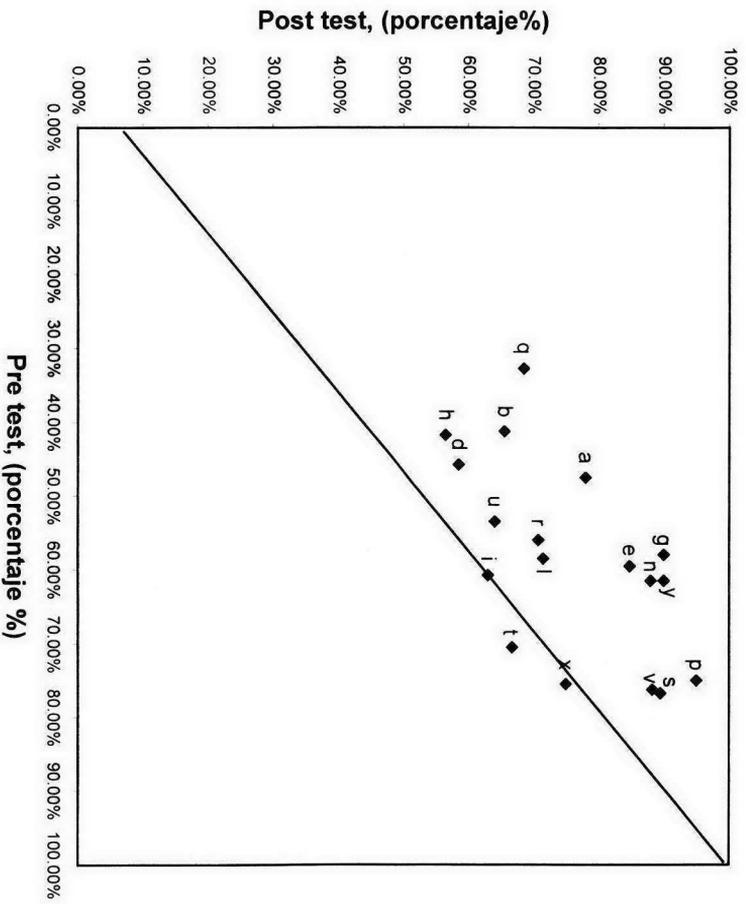
La bisectriz denota el no cambio en estilos de afrontamiento, donde aparece un paciente (b). Por debajo de esta línea se observa el paciente (p) que presentó reducción en porcentaje de estilo de afrontamiento adaptativo. Apenas por arriba de la pendiente, se ubican cinco pacientes (i, c, w, v y m) con mejoría pequeña en el afrontamiento adaptativo. Más adelante trece (a, e, g, k, f, x, t, y, n, d, o y h) muestran una ganancia moderada en afrontamiento adaptativo. Finalmente los cinco restantes (j, q, r, u y l) del grupo total presentaron una ganancia notoria en afrontamiento adaptativo.

La figura 8 expresa los resultados de 18 de los 25 pacientes en adherencia al tratamiento en: toma de medicamentos, dieta y conductas de riesgo. Sólo se evaluaron a dieciocho pacientes debido a que, de los siete restantes, tres eran analfabetas, a dos de ellos se les encontraron dudosos los datos que proporcionaron (presumiblemente con deseabilidad social) y los dos

Fig. 7 Estilos de Afrontamiento
Resultados de grupo
(0%= afrontamiento desadaptativo, 100% afrontamiento adaptativo)



**Fig. 8 Adherencia al tratamiento
Resultados de grupo
(0%=no adherencia, 100%=adherencia)**



últimos no podían seguir instrucciones (llenaban el auto registro equivocadamente o se les olvidaba llenarlos, dejándolos vacíos). La abcisa representa el pre-test y la ordenada el post-test.

Por debajo de la bisectriz se ubican dos (t y x) con una ligera disminución en conductas de adherencia. Uno (i) denota un cambio pequeño respecto a la bisectriz, sobre esta misma línea. Once (h, d, u, r, l, b, e, n, p, s y v) se ubican por arriba de la bisectriz, con mejoría moderada y cuatro (q, a, g e y) con mayor ganancia en adherencia al tratamiento.

La figura 9 muestra los resultados de 18 de los 25 pacientes del grupo de bienestar que incluye: trabajo, dormir bien, actividad sexual, estar con amigos y diversión. Sólo se evaluaron a estos dieciocho pacientes por las mismas razones descritas para el caso de la figura 8. Por arriba de la bisectriz se ubican tres (y, b y e) de los dieciocho pacientes con cambios mínimos. Los siguientes diez pacientes (l, u, d, h, r, v, q, i, p, y x) muestran cambios moderados. Finalmente cinco (a, n, g, s, y t) de los dieciocho pacientes muestran la mayor ganancia del pre al post test en bienestar.

Se incluyeron en el análisis mediciones fisiológicas como la dosis medicamentosa del paciente y su presión arterial sistólica. Estos datos se tomaron del expediente médico de cada paciente, tales medidas, se recolectaron en las fechas en las que se instrumentó el tratamiento psicológico.

La figura 10 muestra los resultados de la toma de medicamentos antes y después del tratamiento, los datos se aparecen en miligramos (mg), se muestran los resultados de dieciséis pacientes, los datos de nueve pacientes no pudieron recolectarse debido a que sus expedientes médicos estaban extraviados del archivo. En otros casos el expediente no estaba actualizado y no contenía las medidas fisiológicas en las fechas de inicio y final del tratamiento.

Fig. 9 Bienestar
Resultados del grupo
(0%=malestar, 100%=bienestar)

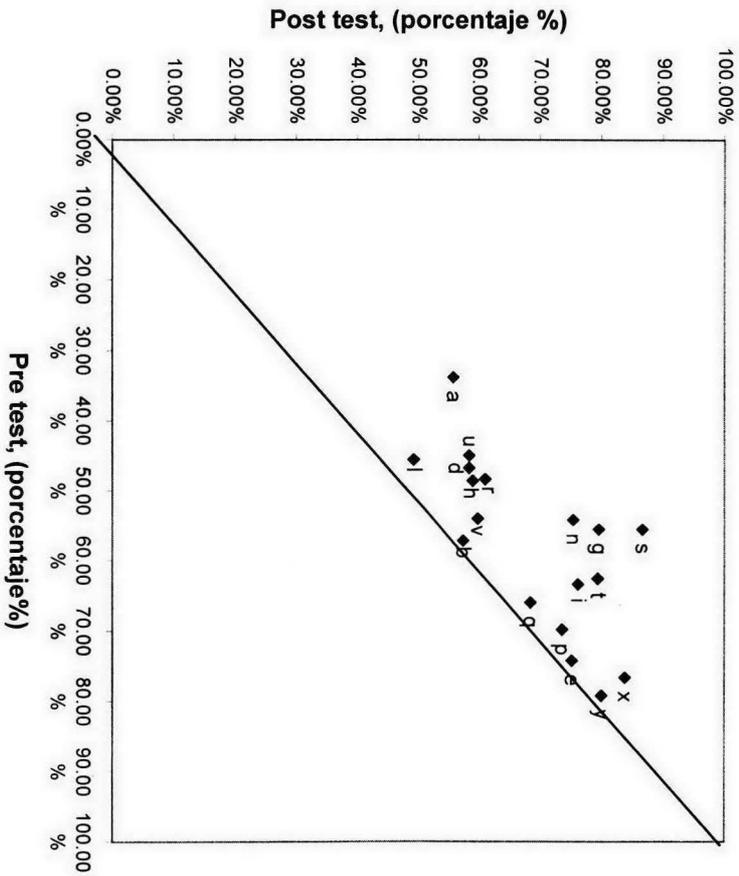
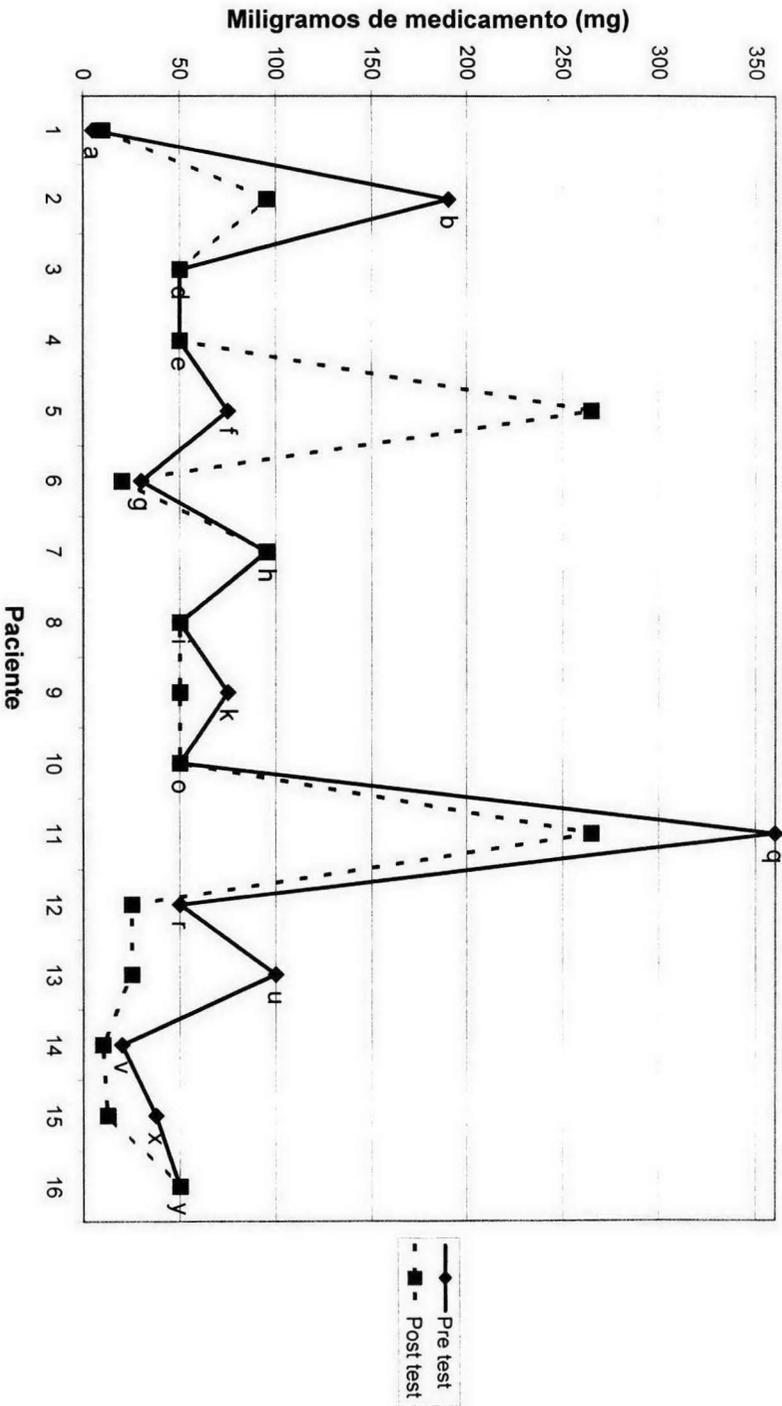


Fig. 10 Cambios del pre test al post test en la dosis medicamentosa relacionados con el tratamiento psicológico

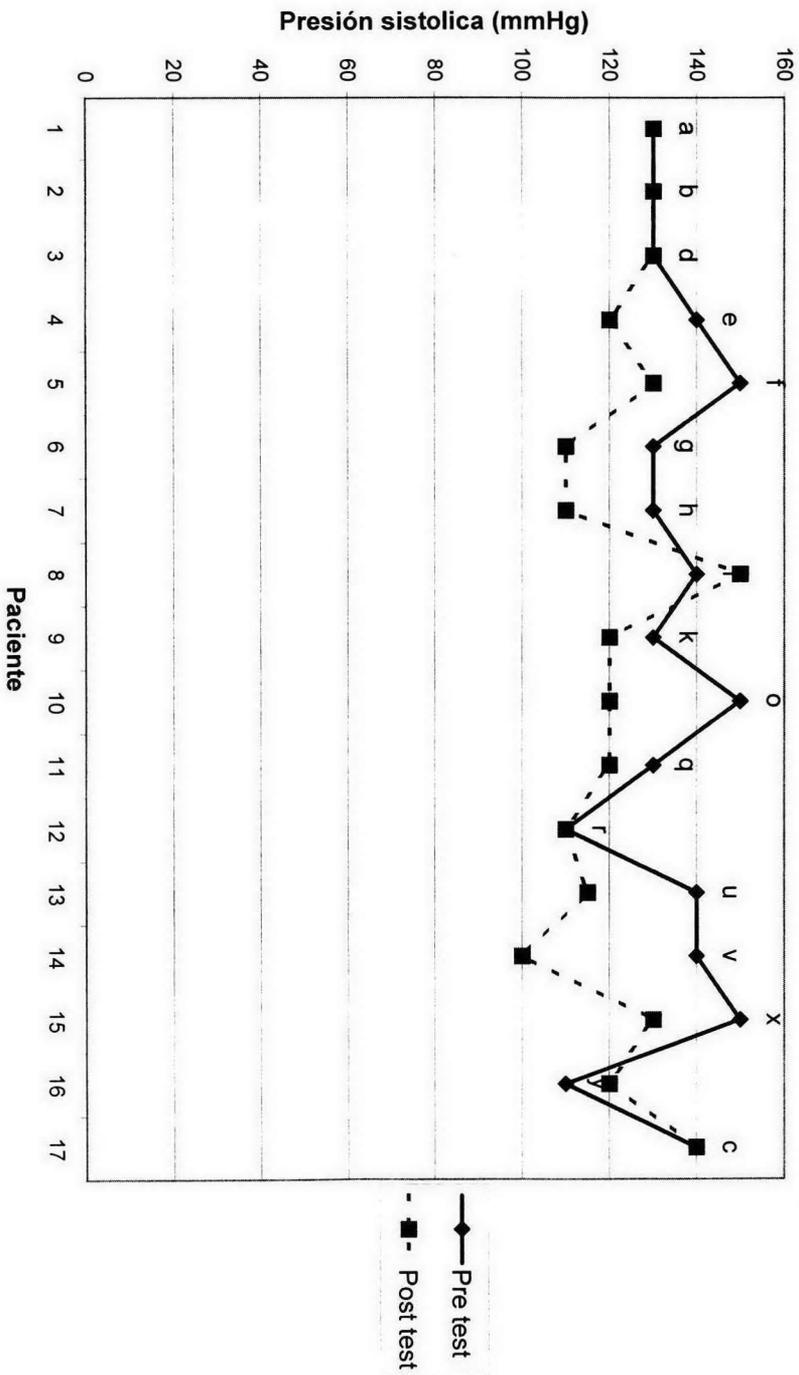


La abscisa muestra a los dieciséis pacientes y la ordenada las dosis medicamentosas. La dosis máxima era de 360 mg y 0 la dosis mínima. De los dieciséis pacientes ocho (b, q, u, k, r, x, g, y v) mostraron el mayor cambio ya que redujeron considerablemente la dosis ingerida por prescripción del propio médico. La reducción en la dosis varió de 95 mg a 5 mg. La grafica muestra seis (d, e, y, h, i, y o) de los dieciséis pacientes. Éstos pacientes continuaron tomando la misma dosis antes y después del tratamiento. Finalmente, dos pacientes (f y a) incrementaron su dosis de medicamento por prescripción del médico al finalizar el tratamiento.

La figura 11 muestra los resultados de presión arterial sistólica de 17 pacientes recolectados del expediente medico de cada uno. De los ocho pacientes restantes no se pudo localizar su expediente medico o en dicho expediente no se encontraron datos vigentes relacionados con el inicio y final del tratamiento. Solo se representan las medidas de presión sistólica ya que las medidas de diastólica no variaron del pre test al post test, manteniendo niveles de 80 a 90mmHg. La abscisa representa los diecisiete pacientes y la ordenada las medidas de presión sistólica, con 0 mmHg el valor mínimo y 160 mmHg valor máximo. La grafica muestra 3 de los 17 pacientes (v, o y u) con las mayores reducciones de presión arterial de alrededor de 40mmHg del pre test al post test.

Posteriormente, siete pacientes (e, f, g, h, k, q y x) mostraron reducciones moderadas de alrededor de 20mmHg. Seis pacientes (a, b, d, y, r y c) no modificaron sus niveles de presión sistólica, aunque conservando valores aceptables de presión sistólica (130mmHg). Finalmente, uno de los diecisiete pacientes (i) aumenta su presión arterial sistólica en 10mmHg.

Fig. 11 Cambios en la presión arterial sistólica del pre test al post test relacionados con el tratamiento psicológico



Discusión

La presente investigación tuvo como propósito evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual con pacientes hipertensos a fin de mejorar su calidad de vida, adherencia terapéutica y estilos de afrontamiento al estrés, se examinó también el impacto del tratamiento en variables fisiológicas como la presión arterial y en otra medida, la dosis medicamentosa.

Los resultados indicaron que la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y los estilos de afrontamiento son susceptibles de mejorar por medio de una intervención cognitivo conductual en la mayoría de los pacientes. Si bien no se podría establecer una causalidad directa, los cambios pueden explicarse en función de la modificación de estas variables mediante la intervención instrumentada. En principio los efectos disminuyen la probabilidad de agravar síntomas y precipitar complicaciones al mejorar el manejo del estrés y dotar al paciente de habilidades de autocuidado que le permitan seguir adecuadamente las instrucciones del equipo de salud (Godoy, 1999; Matarazzo, 1980; Formerleau & Brady, 1979).

En todas las áreas se alcanzaron ganancias significativas, estadística o clínicamente, excepto en las áreas de funciones cognitivas y el indicador general de calidad de vida. Estos hallazgos coinciden con los de Ogihara, et al, (1992), Osterhaus (1994), Robbins (1994) y Hume (1989).

La mayoría de los pacientes mostraron ganancias a partir del tratamiento con una mejoría notoria, otros tuvieron ganancias modestas en diferentes áreas y una muy pequeña proporción prácticamente no mostró mejoría.

El área en que se observó mayor beneficio fue la de Relaciones interpersonales, pues un 92% de los pacientes mostraron mejoría. Es muy probable que este efecto se haya debido a que parte de la intervención se enfocó específicamente a trabajar junto con el paciente en reconocer la

importancia de las relaciones sociales, y la forma en que éstas benefician su salud. Por ejemplo, se enseñaron al paciente habilidades asertivas, comentar necesidades, expresar emociones, etc.

En el área de Percepción de salud un 84% de los pacientes se beneficiaron del tratamiento. Este mejoramiento puede explicarse por el reconocimiento del papel de su conducta en el progreso del autocuidado de su salud. Este reconocimiento se indujo con diversas técnicas como el reforzamiento verbal, reestructuración cognitiva, etc., logrando que el paciente identificara la forma en que sus esfuerzos pueden cambiar y mejorar su salud de manera notable. Algunos pacientes refirieron haberse percatado de sus logros al notar cambios en su presión arterial, así como en reducción en la dosis medicamentosa por indicación del médico.

En cuanto al área de funciones cognitivas el 76% de los pacientes mostraron beneficios. Es muy probable que algunos de los componentes de la intervención hayan contribuido particularmente a dichos cambios. El manejo de técnicas para el control y manejo de olvidos, tanto para la adherencia terapéutica como para aspectos relacionados con la vida cotidiana son algunos de ellos.

Dos de los 25 pacientes mostraron algún decremento en funciones cognitivas. Es posible que algunas características de los pacientes (como no seguir instrucciones, su condición socioeconómica, etc.) no hayan favorecido una mejoría en esta área.

Finalmente, en las áreas de tolerancia a los síntomas y el indicador general de calidad de vida el 64% de los pacientes resultaron beneficiados. Este efecto puede estar relacionado con aspectos específicos del tratamiento tales como enseñar al paciente estrategias de autorregulación emocional. Estas pueden haberles ayudado a lidiar con los síntomas mediante la reducción de la tensión muscular que puede, en algunos casos, precipitarlos. En sentido cognitivo la contribución puede deberse a

adiestrar a los pacientes a reconocerlos y disminuir su atención a los mismos.

Es posible que los cambios en el indicador general de calidad de vida se relacionen con un efecto de conjunto ya que, en lo general, se intervino en variables relacionadas con la calidad de vida como síntomas físicos, bienestar general, sueño, estado emocional, autocontrol, funcionamiento sexual, desempeño y satisfacción laboral, funcionamiento cognitivo, social, involucramiento de la familia y vitalidad.

Tres pacientes mostraron alguna disminución en su tolerancia a los síntomas físicos. Entre otras, una posible explicación podría aducir características peculiares del medio social donde se desenvolvían los cuales parecen ser muy reforzantes de la conducta de enfermo, promoviendo el poner demasiada atención y cuidado a ciertos síntomas.

En el inventario de ansiedad de Beck el 80% de los pacientes lograron una mejoría en el control de su ansiedad. De este 80% el 40% de los pacientes iniciaron con altos niveles de ansiedad resultando los más beneficiados en el post-test, ya que disminuyeron su nivel de ansiedad a niveles mínimos. Este efecto probablemente se relaciona con la aplicación de técnicas como autorregulación, solución de problemas y desensibilización sistemática, entre otras.

En relación a la mejoría de los estilos de afrontamiento del estrés de los participantes, el 75% de ellos resultaron beneficiados ya que en el pre-test se documentaron estilos de afrontamiento desadaptativos que generaban en el paciente reacciones emocionales desagradables con respecto a la enfermedad, a su familia y al ambiente que los rodeaba. El post-test reveló que los estilos de afrontamiento desadaptativos disminuyeron y los adaptativos se incrementaron considerablemente. La intervención incluyó diversas técnicas de reestructuración cognitiva que muy probablemente promovieron en los pacientes la manifestación de cogniciones más útiles

que les dotaron de herramientas para afrontar exitosamente la enfermedad y las complicaciones cotidianas de su contexto.

El sistema de autoregistro mostró también importantes cambios en dos variables: adherencia al tratamiento y bienestar. En cuanto a la primera, el 83% de los pacientes incrementaron sus conductas de adherencia a las actividades recomendadas por el equipo de salud. Al inicio del tratamiento los pacientes mostraban una alta incidencia de conductas de riesgo como fumar, beber alcohol, alto consumo de sal, grasas y carbohidratos.

En el caso de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, los pacientes tenían fácil acceso a sus medicamentos pues los proporcionaba la institución. En contraste, los pacientes del Hospital General tenían que conseguir por sus propios medios los medicamentos, por lo que fue necesario instrumentar intervenciones adicionales para salvar este obstáculo para el seguimiento del tratamiento recomendado. Cabe destacar que esta institución no proporciona los medicamentos debido a que no es parte de sus servicios y que, de hecho, el nivel socio-económico de sus usuarios es muy bajo en comparación con otros.

En los dos únicos pacientes que decrementaron su apego al tratamiento podemos conjeturar que la exigencia del tratamiento, era un requisito de respuesta muy alto y desbordante de sus recursos; por lo cual no seguían adecuadamente las tareas asignadas debido a que las características familiares de estas pacientes no favorecían el apego al tratamiento, en el sentido del seguimiento de la dieta, toma de medicamentos y realización de ejercicio, dado que sus familiares no apoyaban a las pacientes en estas actividades.

En el área de bienestar del sistema de autoregistro, el 83% de los pacientes mejoraron significativamente, presentando mayores beneficios en relaciones interpersonales, sueño reparador y actividad laboral. Una buena parte de estos efectos pueden estar relacionados con diversos componentes de la psicoeducación utilizada. En relaciones interpersonales, se explicaba

la importancia, los beneficios del mantenimiento y disfrute de las mismas y se recomendaba la participación en diversas actividades grupales y las acciones necesarias para llevarlas a cabo.

Al inicio del tratamiento el "sueño reparador" era bajo presentando algunos pacientes insomnio. Se entrenó a los pacientes en hábitos de higiene de sueño, técnicas de autorregulación y solución de problemas con el fin de disminuir la ansiedad provocada por diversas preocupaciones. Finalmente en actividad laboral, se intervino identificando problemas, como ausencia y baja auto eficacia en competencia laboral, implementando técnicas de habilidades sociales, solución de problemas y reestructuración cognitiva, entre otras.

Respecto a variables como dosis medicamentosa y presión arterial al 88% de los pacientes se les redujo la dosis de medicamentos (miligramos). Como ejemplo, algunos pacientes inicialmente tomaban dosis de 190 mg y finalizaron el tratamiento tomando la mitad de esta dosis. En otros casos algunos pacientes disminuyeron a menos de la mitad la dosis medicamentosa por indicaciones del médico. A partir del tratamiento psicológico muchos pacientes comenzaron a mostrar conductas de autocuidado tales como hacer ejercicio, seguir su dieta, y regular sus emociones. Dichas conductas quizá influyeron en el control de la presión arterial, lo cual influyó en que el equipo de salud considerara la disminución de la dosis medicamentosa.

En la presión arterial sistólica el 58% logro disminuir y mantener su presión dentro de los límites de normotensión, probablemente por el cambio dirigido en mejorar la adherencia terapéutica, así como un control eficaz de su ansiedad y el empleo de estilos de afrontamiento adaptativos, lo cual permitió a los pacientes autorregularse.

El único paciente que no se benefició probablemente por la presencia inesperada de crisis hipertensivas. Notas clínicas del médico tratante en el expediente de este paciente parecen sugerir que dichas crisis pueden

haberse generado quizá por algún evento familiar inesperado que coincidió con el momento de las mediciones. En contraste, a un paciente se le retiró por completo el medicamento hipotensor por indicación del médico a partir del completamiento de su tratamiento psicológico.

Hubiera sido muy interesante trabajar con un grupo control que no recibiera tratamiento psicológico, pero sí de tipo médico, así como obtener medidas fisiológicas de todos los pacientes y hacer comparaciones entre estos dos grupos y evaluar finalmente los resultados.

En próximos estudios como éste se sugiere registrar la presión arterial y el índice de masa corporal más consistentemente y conservar estos datos en un expediente propio del grupo de psicología (además del médico). También documentar con precisión qué tanto el ambiente hospitalario en general e interacciones específicas con los médicos, en particular, influyen sobre la presión arterial. Lo mismo podría aplicarse a enseñar al paciente a reconocer la sintomatología que refleja un cambio o modulación en su presión arterial.

La calidad de vida, la adherencia al tratamiento y los estilos de afrontamiento son susceptibles a mejorar en una mayoría de los pacientes hipertensos mediante la instrumentación de tratamientos cognitivos conductuales dirigidos a atender las necesidades individuales de cada caso. Esta intervención incluyó información y educación acerca de la enfermedad y su autocuidado, un protocolo de adherencia terapéutica, el aprendizaje de técnicas de autorregulación, desensibilización sistemática, solución de problemas, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, asignación y seguimiento de tareas.

Referencias

Aberg, H., Tibblin, G. (1989). Addition of non-pharmacological methods of treatment in patients on antihypertensive drugs; results of previous medication, laboratory tests and life quality. *Journal of international Medicine*, 226, 39-46.

Abramson, J.H., Ritter, M., Gofin, J. & Kark, J.D. (1992). Workhealth relationships in middle-aged and elderly residents of a Jerusalem community. *Social Science & Medicine*, 34(7), 747-755.

Ahern, D. (1999). Pain Management, En: *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical school. Boston. 273-215.

Alvarado, R. (2000). Datos epidemiológicos de los trastornos del sueño con énfasis en la apnea y el insomnio. En: F.M., Valencia y P.R., Pérez (Comps.). *Transtornos del dormir*. México: McGraw-Hill Interamericana. 221-258.

Anderson, R., Hogan, P., Appel, L., Rosen, R. & Shumaker, L. (1997). Baseline correlates with quality of life among men and women with medication-controlled hypertension. The trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *Journal of the american Geriatrics society*, 45(9), 1080-1085.

Arakawa, K. (1993). Antihypertensive mechanism of exercise. *Journal of Hypertension*, 11, 223-229.

Arroll, B., Beaglehole, R. (1992). Does physical activity lower blood pressure: a critical review of the clinical trials? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 239-447.

Bardage, C., & Isacson, D.G.L. (2000). Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 172-181.

Bensing, J., Schereurs, K.M.G. & de Ridder, D. (1996). Adaptative tasks in chronic illness: The development of a patient-centered instrument. Paper presented at the 10th Conference of the European Health Psychology Association, Dublin, Ireland.

Bittar, N. (1995). Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance, *Clinic Cardiology*, 18, 312-126.

Blair, S.N., Goodyear, N.N., Gibbons, L.W., Cooper, K.H. (1984). Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *Journal of the American Medical Association*, 252, 487-490.

Blachard, E.B., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Morrill, B., Michultka, D., Kirsh, C., Guarnieri, P., Hillhouse, J., Evans, D.D. & Jaccard, J. (1990). A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in the treatment of vascular headache. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 58(2), 216-224.

Blanchard, E.B., McCoy, G.C., McCaffrey, R.J., Wittrock, D.A., Musso, A., Berger, M., Aivasyan, T.A., Khramelashvili, V.V., & Salenko, B.B. (1988a). The effects of thermal biofeedback and autogenic training of cardiovascular reactivity: the joint USSR-USA Behavioral Hypertension Treatment Project. *Biofeedback & Self Regulation*, 13(1), 25-38.

Blanchard, E.B., Khramelashvili, V.V., McCoy, G.C., Aivasyan, T.A., McCaffrey, R.J., Salenko, B.B., Musso, A., Wittrock, D.A., Berger, M. & Gerardi, M.A. (1988b). The USA-USSR collaborative cross-cultural comparison of autogenic training and thermal biofeedback in the treatment of mild hypertension. *Health Psychology*, 7, 175-192.

Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Gullette, E.C.D., Georgiades, A. & Tweedy, D. (2002). Biobehavioral Approaches to the Treatment of Essential Hypertension. *Consulting and Clinical Psychology Journal*, 70 (3), 569-582.

Braun, M., Wassmer, G., Klots, T., Reifenrath, B., Mathers, M. & Engelmann, U. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the "Cologne Male Survey". *International Journal of Impotence Research*, 12(6), 305-311.

Brannon, L. & Feist, J. (2002). Health psychology. An Introduction to behavior and health (4th ed.) Stanford: Wadsworth/Thomson Learning.

Brotons, C., Ribera, A., Permanyer, G., Cascant, P., Moral, I., Pinar, J. & Oldridge, N. (2000). Adaptación del cuestionario de calidad de vida post-infarto McNEW QLMI para su uso en la población española. Trabajo presentado en la III conferencia Internacional de Psicología de la salud. La Habana, Cuba. Del 27 de noviembre al 1 de diciembre del 2000.

Bulpitt, C.J., Beevers, D.G., Butler, A., Coles, E.C., Hunt, D., Munro-Faure, A.D., Newson, R.B., O'Riordan, P.W., Petrie, J.C. & Rajagopalan, B. (1989). The effects of antihypertensive drugs on sexual function in men and women: A report from the DHSS Hypertension Care Computing Project (DHCCP). *Journal of Human Hypertension*, 3(1), 53-56.

Burt, V.L., Whelton, P., Roccella, E.J., Brown, C., Cutler, J.A., Higgins, M., Horan, M.J., & Labarthe, D. (1995). Prevalence hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1991. *Hypertension*, 25, 305-313.

Cavallo, V.E. & Anguiano, S.A. (2002). Estrés, estilos de personalidad y contratiempos cotidianos. En Reynosos, L. & Seligson, I. (Coords) *Psicología y salud*. UNAM. Mexico.

Cohen, F. (1982). Personality Stress, and Development of Physical Illness. In Stone, G.C., Cohen, F. & Adler, N.E. *Health Psychology, A handbook* (pp. 77-111). Jossey-Bass Publishers: San Francisco.

Cohen, J.S. (2001). Adverse drug effects, compliance, and initial doses of antihypertensive drugs recommended by the Joint National Committee vs the Physicians Desk Reference. *Archives of Internal Medicine*, 161(6), 880-886.

Colwell, C. (1997). Music as distraction and relaxation to reduce chronic pain and narcotic ingestion: A case study. *Music Therapy Perspectives*, 14(1), 24-31.

Davison, G.C., Williams, M.E., Nezami, E., Bice, T.L. & DeQuattro, V.L. (1991). Relaxation, reduction in angry articulated thoughts, and improvements in borderline hypertension and heart rate. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(5), 453-468.

de Ridder, D.T.D., Schreurs, K.M.G. & Bensing, J. (1998). Adaptive tasks, coping and quality of life of chronically ill patients: The cases of parkinson's disease and Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3, 87-101.

Dhabuwala, C.B., Kumar, A. & Pierce, J.M. (1986). Myocardial infarction and its influence on male sexual function. *Archives of Sexual Behavior*, 15(6), 499-504.

Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. (Review, 119 refs.) *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255-266.

Dodson P.M, Pacy, P.J., Cox, E.V. (1985). Long-term follow-up of the treatment of essential hypertension with a high-fibre, low fat and low-sodium dietary regimen. *Human Nutrition Clinic Nutritional*, 39(C), 213-220.

Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000) Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud pública de México*, 42(1), 56-64.

European Society of Hypertension – European Society of Cardiology, ESH/ESC (2003a). 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(6), 1011-1053.

European Society of Hypertension – European Society of Cardiology, ESH/ESC (2003b). Practice guidelines for primary care physicians: 2003 ESH/ESC Hypertension Guidelines. *Journal of Hypertension*, 21(10), 1779-1786.

Fagard, R.H., Staessen, J.A., Thijs, L., Gasowski, J., Bulpitt, C., Clement, D., Leeuw, P., Dobovisek, J., Jääskivi, M., Leonetti, G., P'Brien, E., Palatini, P., Parati, G., Rodicio, J.L., Vanhanen, H., & Webster, J. (2000). Response to Antihypertensive Therapy in Older Patients with Sustained and Nonsustained Systolic Hypertension. *Circulation*, 102, 1139-1144.

Fernández, J. A., Rancano, I. & Hernández, R. (1999). Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PEC VEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. *Psicothema*, 11(2), 293-330.

Finn, L., Young, T., Palta, M. & Fryback, D.G. (1998). Sleep-disordered breathing and self-reported general health status in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Sleep*, 21(7), 701-706.

García, B.D. (2000). *Hipertensión Arterial*. Fondo de Cultura Económica: México.

Gerin, W., Pieper, C., Levy, R. & Pickering, T.G. (1992). Social Support in social Interaction: a Moderator of Cardiovascular Reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 324-336.

Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M.A. Simon (dir.). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Goldberg, A.P., Hagberg, J., Delmez, J.A., Carney, R.M., McKeivitt, P.M., Ehsani, A.A. & Harter, H. R. (1980). The metabolic and psychological effects of exercise training in hemodialysis patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 33(7), 1620-1628.

Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1994). *Clinical Behavior Therapy*. Expanded edition. New York: Willey.

Goldstein, I.B., & Shapiro, D. (2000). Ambulatory blood pressure in women: Family history of hypertension and personality. *Psychology Health & Medicine*, 5(3), 227-240.

González-Puente, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1(3):519-528.

Goode, W. y Hatt, P. (1967). *Métodos de Investigación Social*. México: Trillas. 287-298.

Goodwin, D., Boggs, S. & Graham-Pole, J. (1994). Development and validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6(4), 321-328.

Gross, C.R., Limwattananon, C. & Matthees, B.J. (1998). Quality of life after pancreas transplantation: a review. (Review, 61 refs.). *Clinical Trnasplantation*, 12(4), 351-361.

Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Henry, J.P. (1982). The relation of social to biological processes in disease. (Review. 97 refs.). *Social Science & Medicine*, 16(4), 369-380.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI (2003). Porcentaje de defunciones generales por sexo y causa, 1990-2001. Sistemas Nacionales, Estadístico y de Información Geográfica. Recuperado el 8 de diciembre del 2003, de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?t=mpob45>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI, Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA y Dirección General de Estadística e Informática, DGEI (2001). Estadísticas Vitales, Principales Causas de Mortalidad General, Estados Unidos Mexicanos 2000. Recuperado el 3 de enero del 2004, de <http://www.ssa.gob.mx/>

Irvine, M.J., Johnston, D.W., Jenner, D.A. & Marie, G.V. (1986). Relaxation and stress management in the treatment of essential hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(4), 437-450.

Irvine, M.J. & Logan, A.G. (1991). Relaxation behavior therapy as sole treatment for mild hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 53(6), 587-597.

Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JNC. (2003). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf> , Mayo, 2003.

Judd, C., Smith, E. & Kidder, L. (1997). *Research Methods in Social Relations*. Fort Worth, Tx: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. 438-440.

Jula, R., Rönnemaa, T., Rastas, M., Karvetti, R.L. & Maki, J. (1990) Long-term nonpharmacological treatment for mild to moderate hypertension. *Journal International Medicine*, 227, 413-421.

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

Kanfer, F. & Goldstein, A. (1991). *Helping People Change*. New York: Pergamon Press.

Kaplan, N.M. (1997). *Hipertensión Clínica* (2ed.). Barcelona: Springer.

Kaplan, N.M. (2002). *Kaplan's Clinical Hypertension* (8th. ed.) (56-135). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kazdin, A. E. (Ed.) (1998). *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research* (second ed.). Washington: APA.

Kendall, P.A., Jansen, C.M, Sjogren, D.D. & Jansen, G.R. (1987). A comparison of nutrient-base and exchange group methods of diet instruction for patients with noninsulin-dependent diabetes. *American Journal of Clinical Nutrition*, 16(4),369-637.

Kjeldsen, S.E., Zwifler, A.J., Petrin, J., Weder, A.B., & Julius, S. (1994) Sympathetic nervous system involvement in essential hypertension: increased platelet noradrenaline coincides with decreased beta-adrenoreceptor responsiveness. *Blood Pressure*, 3(3), 164-171.

Lam, C. & Lauder, I. (2000). The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of chinese patients in primary care. *Family Practice*, 17(2), 159-166.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1991) *Estres y procesos cognitivos*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud.

Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer, D. Cohen, A., Maxim, P. (Eds.). *Theoretical bases for psychopathology*. New York: spectrum.

Lee, I.M., Rexrode, K.M., Cook, N.R., Manson, J.E. & Buring, J.E. (2001). Physical activity and coronary heart disease in women: is "no pain, no gain" passe? *Journal of the American Medical Association*, 286(23),1973-2974.

Little, P., Girling, G., Hasler, A. & Trafford, S.A. (1991). A controlled trial of low sodium, low fat, high fibre diet in treated hypertensive patients: Effect on antihypertensive drug requirement in clinical practice. *Journal of Human Hypertension*, 5, 175-181.

Luscher, T.F., Vetter, H., Siegenthales, W. & Vetter, W. (1985). Compliance in hypertension: facts and concepts. *Journal of Hypertension*, 18, 312-316.

Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P. & Rotella, C. (1999). Quality of life and overweight: The obesity related well-being (ORWELL 97) questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24(3), 345-357.

Manocchia, M., Keller, S. & Ware, J.E. (2001). Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Quality of Life Research*, 10(4), 331-345.

Martínez, M.A., Moreno, A., Aguirre de Carcer, A., Cabrera, R., rocha, R., Torre, A., Nevado, A., Ramos, T., Neri, J., Anton, G., Miranda, I., Fernandez, P., Rodríguez, E., Miquel A., Martinez, J.L., Rodriguez, M., Eisman, C. & Puig, J.G. (2001). Frequency and determinants fo microalbuminuria in mild hypertension: a primary-care-based study. *Journal of Hypertension*, 19(2), 319-326.

Martinez, S. (1998) Estres y salud. En Palmer, F. & Breva, A. (dirs.), Estres de la adaptacion a la enfermedad. Valencia: Promolibro.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Mayer-Davis, E.J., D'Agostino, R., Karter, A.J., Haffner, S.M., Rewers, M.J., Saad, M. & Bergman, R.N. (1998). Intensity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivity: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Journal of the american Medical Association*, 279(9), 669-674.

McCarron, D.A. & Reusser, M.E. (2001). Reducing cardiovascular disease risk with diet. *Obesity Research*, 9 Suppl.(4), 335-340.

McCormack, G. (1988). Pain management by occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(9), 582-590.

McGrady, A. & Higgings, J.T.Jr. (1989). Prediction of response to biofeedback-assisted relaxation in hypertensives: development of a hypertensive predictor profile (HYPP). *Psychosomatic Medicine*, 51, 277-284.

McQuaid, E. & Nassau, J. (1999). Empirically supported treatments of disease-related symptoms in pediatric psychology: Asthma, diabetes, and cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 305-328.

Meichenbaum, D. (1998). Cognitive Behavioral Treatment of Depression. En: *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical school. Boston.

Mokdad, A.H., Bowman, B.A., Ford, E.S., Vinicor, F., Marks, J.S. & Koplan, J.P. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 286(10), 1195-1200.

Moore, T., Rabben, T., Wiklund, U., Franklin, K.A. & Eriksson, P. (1996). Sleep-disordered breathing in men with coronary artery disease. *Chest*, 109(3), 659-663.

Moos, R.H. & Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In: I. Golberger & Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Macmillan.

Moos, R.H., Conkrite, R.C., Billing, A.G. y Finney, J.W.(1986). Health and daily living form manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavior Science. Veterans Administration and Stanford University Medical Center. Palo Alto. C.A.

Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach (pp. 3-25). In R.H. Moss, *Coping with physical illness 2: New perspectives*. New York: Plenum Press.

Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo, & C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. (1982). Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association*, 248, 1465-1477.

Neaton, J.D., Grimm, R.H.Jr., Prineas, R.J., Stamler, J., Grandits, G.A., Elmer, P.J., Clutler, J.A., Flack, J.M., Schoenberger, J.A., McDonald, R., Lewis, C.E. & Liebson, P.R. (1993). Treatment of mild hypertension study (THOMHS): Final results. *Journal of the American Medicine Association*, 270, 713-724.

Nezu, A.N. & Zurilla, T.J. (2000). Problem-solving skills training. En. G. Fink, *Enciclopedia de Stress*, vol III, 252-256. New Yor: Academy Press.

Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham: Open University Press. 221-234.

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (2000). Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999-2000. *Boletín Epidemiológico*, 21(4). En: http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v21n4-editorial.htm

Osterhaus, J., Townsend, R., Gandek, B. & Ware, J. (1994). Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache. *Headache* 34(6), 337-343.

Otto, M., (1999). Cognitive-behavioral interventions to panic disorders and social phobia. In *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. Continuing Education workshop materials.

Palatini, P., Mormino, P., Santonastaso, M., Mos, L., Dal Follo, M., Zanata, G., Pessina, A.C., (1998). Target-Organ Damage in Stage I Hypertensive Subjects with White coat and Sustained Hypertension. Results from the HARVEST Study. *Hypertension*, 31(1), 57-63.

Patel, C. & Marmot, M. (1988). Can general practitioners use training in relaxation and management of stress to reduce mild hypertension?. *Britanic Medicine Journal*, 296, 21-24.

Perera, G.A. (1955). Hypertensive vascular disease: description and natural history. *Journal of Chronic Diseases*, 1, 330-42.

Perry, I.J., Beevers, D.G. (1992) Salt intake and stroke: a possible direct effect. *Journal of Human Hypertension*, 6, 23-25.

Perry, H.M.Jr. y Miller, J.P. (1992). Difficulties in diagnostic hypertension: Implications and alternatives. *Journal of Hypertension*, 10, 887-896.

Pickering, T.G. (1990). Does psychological stress contribute to the development of hypertension and coronary heart disease? *European Journal of Clinical Pharmacology*, (Suppl 1), 1-7.

Pormelau, O. & Brady, J. (1979). Behavioral medicine: theory and practice. Baltimore: Williams & Wilkins.

Raglin, J. & Morgan, W. (1985). Influence of vigorous exercise on mood state. *Behavior Therapist*, 8(9), 179-183.

Riveros, A.R. (2002). *Calidad de Vida en Padecimientos Crónicos: Un estudio en Pacientes Hipertensos*. Tesis, licenciatura, UNAM, México.

Robbins, M., Elias, M., Croog, S., & Colton, T. (1995). Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosomatic Medicine*, 56(3), 251-257.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Pérez, F. (2001). Version mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18(2), 211-218.

Romney, D.M. & Evans, D.R. (1996). Toward a general model of health-related quality of life. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 5(2), 235-241.

Rosenstein, S.E. (2001). *Diccionario de especialidades farmacéuticas*, PLM 2001, (pp. 20-21). México, D.F: Ediciones PLM.

Safren, S. (1999). Cognitive-behavioral interventions to increase medication adherence. In *Psychiatric Practice: Everyday Solutions* (pp. 191-213). Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. Continuing Education workshop materials.

Salud Pública de México (2001). Servicios otorgados en unidades de la Secretaría de Salud 2000. Sección preparada por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, México. En: *Salud Pública de México*. 43(3), 248-507.

Salud Pública de México (2003). Información básica sobre los servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud 2001. Sección preparada por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, México. En: *Salud Pública de México*. 45(2), 129-143.

Sakakibara, M., Takeuchi, S. & Hayano, J. (1994). Effect of relaxation training on cardiac parasympathetic tone. *Psychophysiology*, 31(3), 223-228.

Sánchez- Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Comps.) *La Psicología de la salud en América Latina* (pp. 33-44). México: M.A. Porrúa.

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Health psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. Encyclopaedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities. Oxford, UK, en <http://www.eolss.net>

Sánchez-Sosa, J.J. & Hernández-Guzmán, L. (1993). Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). Documento de circulación interna para investigación. México, D.F: UNAM.

Sánchez-Sosa, J.J. & Riveros, A. (2001) Inventario de calidad de vida y salud. Documento de circulación interna para investigación. México D.F: UNAM.

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Mexican Journal of Psychology, Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.

Schmitt, M. & Doerfel, M. (1999). Procedural injustice at work, justice sensitivity, job satisfaction and psychosomatic well-being. *European Journal of Social Psychology*, 29(4), 443-453.

Schotte, D.E. & Stunkard, J.A. (1990). The effects of weight reduction on blood pressure in 301 obese patients. *Archives International of Medicine*, 150, 1701-1704.

Secretaría de Salud, SSA (2001). En México 18 millones de personas tienen problemas de Hipertensión. Comunicado de Prensa 206, 27 de Diciembre. http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-12-27-206-18-MILLONES-CON-HIPERTENSION.htm

Secretaría de Salud, SSA (2002). Enfermedades del corazón, primera causa de muerte en México. Comunicado de Prensa 006, 10 de Enero del 2002. http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-01-10-006-ENFERMEDADES-DEL-CORAZON.htm

Seligson, N. (1992) Líneas de investigación en enfermedades crónicas. *Proyectos de educación para la salud*. UNAM, Campus Iztacala, México.

Shapiro, D., Goldstein, I.B., & Jamner, L.D. (1995). Effects of anger/hostility, defensiveness, gender, and family history of hypertension on cardiovascular reactivity. *Psychophysiology*, 32(5), 425-435.

Shepard, R.J. (2001). Absolute versus relative intensity of physical activity in a dose-response context. (Review, 268 refs.) *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), 400-418.

Sidman, M. (1960). *Tactics of Scientific Research*. New York: Basic Books.

Sociedad Mexicana de Psicología, S.M.P. (2002). *Código Ético del Psicólogo*. México, D.F: Trillas.

Varela, D.R. y Villegas, H.E. (1990). Inventario de Beck. Versión Estandarizada. México, D.F. Facultad de Psicología: UNAM.

Sousa, A.M. (1987) *Aproximaciones Psicológicas para la promoción de la adherencia terapéutica*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública*, 44, 448-463.

Velázquez, M.O., Rosas, P.M., Lara, E.A., Pastelín, H.G., Grupo ENSA 2000, Attie, F., & Tapia C.R. (2002). Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*, 72(1), 71-84.

Vickrey, B., Hays, R., Marooni, R., Myers, L. & Ellison, G. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 4(3), 187-734.

Walsleben, J.A., Norman, R.G., Novak, R.D., O'Malley, E.B., Rapoport, D.M. & Strohl, K.P. (1999). Sleep Habits of Long Island Rail Road Commuters. *Sleep*, 22(6), 728-734.

World Health Organization (1994). *WHO Expert Committee on Hypertension Control*. Geneva. Last update Nov 2001.

World Health Organization (1999). Why is hypertension management needed? In: WHO-ISH Hypertension practice guidelines for primary care physicians. Geneva, <http://www.who.int/ncd/cvd/PracticeGuidelinesSlideset2/sld008.htm>. Last update Jul, 2001.

World Health Organization (2001). *Communique on adherence to long-term therapies*. General Directorship for Noncommunicable Diseases and Mental Health. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003a). *The World Health Report: 2002: Reducing risks, Promoting Healthy Life*. France, Sadag: WHO.

World Health Organization (2003b) *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action*. Geneva:WHO.

Yung, P.M. & Keltner, A.A. (1996). A controlled comparison on the effect of muscle and cognitive relaxation procedures on blood pressure: Implications for the behavioural treatment of borderline hypertensives. *Behaviour Research & Therapy*, 34(10), 321-826.

Xie, J.X, Sasaki, S., Joossens, J.V., Kesteloot H. (1992). The relationship between urinary cations obtained from de INTERSALT study and cerebrovascular mortality. *Journal Hum Hypertens*, (6), 17-21.

Zilly, F., Croci, M., Tufano, A. & Caviezel, F. (2000). The compliance of hypocaloric diet in type 2 diabetic obese patient: a brief-term study. *Eating & Weight Disorders*, 5(4), 217-222.

ANEXOS

Anexo 1

Inventario de:

Calidad de Vida y Salud

2001

34579 - H

Inventario de Calidad de Vida y Salud

Versiones adaptadas :

Escala de Salud y Vida Cotidiana (Forma B)

Moos, R. (1984)

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

Sánchez Sosa J.J. y Hernández Guzmán L. (1993)

Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL)

Vickrey, B; Hays, R; Marooni, R; Myers, L; et al. (1995)

Obesity Related Well-Being Questionnaire (ORWELL 97)

Mannucci, E; Ricca, V; Barciulli, E; Di Bernardo, M; Travaglini, R; et al. (1999)

Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS)

Goodwin, D; Boggs, S. y Graham-Pole, J. (1994)

Versiones adaptadas de la estandarización de:

Cuestionario de Calidad de Vida PostInfarto del Miocardio (MacNew QLMI)

Brotons, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2001)

Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS)

González Puente J. A. y Sánchez Sosa J.J. (2000)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Varela, R. y Villegas E. (1990)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Jurado, S; Villegas, E; Méndez L; et al. (1998)

Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)

Fernández, J; Rancano I. y Hernández R. (1999)

Los diferentes instrumentos contenidos en el presente Inventario cuentan con diversos niveles de estandarización y establecimiento de propiedades psicométricas. Se trata de versiones diseñadas expresamente para el proyecto 34579-H del CoNaCyT y la Facultad de Psicología de la UNAM. No son apropiados para uso clínico o de diagnóstico formal.

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste marcando la opción que mejor describa su situación rellenando completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos. No escriba ni haga marcas en este cuestionario.

EJEMPLO

Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente-mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
O. Fumo (cigarros de tabaco)	a	b	c	d	e	f

Si usted *no* ha fumado en las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy, rellene en su hoja de respuestas el circulito correspondiente a la letra "a" cubriéndolo completamente

O (A) (B) (C) (D) (E) (F)

Esto significaría que no ha fumado durante las últimas dos semanas.

Si lo ha fumado dos o tres veces en las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy, rellene en su hoja de respuestas el circulito correspondiente a la letra "b" cubriéndolo completamente

O (A) (B) (C) (D) (E) (F)

Esto significaría que sólo ha fumado un par de veces en las últimas dos semanas.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

1. Mi salud en general es...	a Excelente	b Muy buena	c Buena	d Regular	e Mala	f Muy mala
2. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?	a Excelente	b Muy buena	c Buena	d Regular	e Mala	f Muy mala

Durante las últimas 2 semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
3. Creo que si me cuido mi salud mejorará	a	b	c	d	e	f
4. Temo que mi salud empeore pronto	a	b	c	d	e	f
5. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas	a	b	c	d	e	f
6. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia y círculo de amigos	a	b	c	d	e	f
7. Mi enfermedad limita mi vida social y amistades	a	b	c	d	e	f
8. Si puedo, ayudo a otras personas	a	b	c	d	e	f
9. Me siento solo(a) aún estando en compañía de otros	a	b	c	d	e	f
10. Me incomoda el trato que me dan por mi enfermedad	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

11. Prefiero estar solo(a)	a	b	c	d	e	f
12. Mi familia me comprende y me apoya	a	b	c	d	e	f
13. Me preocupa que mi familia cubra los gastos de mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
14. El trato de mi familia lastima mis sentimientos	a	b	c	d	e	f
15. Mi familia me cuida demasiado	a	b	c	d	e	f

Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces sí, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente- mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
16. Mi enfermedad es una carga para mi familia	a	b	c	d	e	f
17. Tengo temor de contagiar a mis familiares	a	b	c	d	e	f
18. El amor de mi familia es lo mejor que tengo	a	b	c	d	e	f
19. Me preocupa que alguien no quiera salir conmigo por mi enfermedad	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

20. Desde que estoy enfermo(a) he recibido apoyo de mi pareja	a	b	c	d	e	f
21. Siento que mi enfermedad interfiere con mi vida sexual	a	b	c	d	e	f
22. Puedo satisfacer sexualmente a mi pareja	a	b	c	d	e	f
23. Me siento satisfecho(a) con mi trabajo, escuela, y/o actividades caseras	a	b	c	d	e	f
24. Temó que me despidan por mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
25. Soy un(a) buen(a) trabajador(a)	a	b	c	d	e	f
26. Mantengo mis metas	a	b	c	d	e	f
27. Mis compañeros de trabajo me han aislado	a	b	c	d	e	f
28. Por mi enfermedad, me presionan en el trabajo	a	b	c	d	e	f
29. Pienso que mi vida cambió desde que me diagnosticaron	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

30. Tengo dificultades para concentrarme y pensar	a	b	c	d	e	f
---	---	---	---	---	---	---

Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente-mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
31. Tengo problemas con mi memoria	a	b	c	d	e	f
32. Otros miembros de mi familia o amigos han notado que tengo problemas de memoria o de concentración	a	b	c	d	e	f
33. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes	a	b	c	d	e	f
34. Creo que nadie entiende lo que me pasa	a	b	c	d	e	f
35. Me siento confiado(a) de poder hacer frente a mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
36. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente	a	b	c	d	e	f
37. Me da pena que noten que estoy enfermo (a) (tomar medicina, seguir dieta, malestares físicos)	a	b	c	d	e	f
38. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

39. Desde que enfermé los problemas me preocupan más que antes	a	b	c	d	e	f
40. Estoy satisfecho(a) con la apariencia de mi cuerpo	a	b	c	d	e	f
41. Me preocupa que mi cuerpo se vea diferente por estar enfermo(a)	a	b	c	d	e	f
42. Divertirme me ayuda	a	b	c	d	e	f
43. Deseo aprender cosas nuevas	a	b	c	d	e	f
44. Saber que los demás se divierten me deprime	a	b	c	d	e	f

Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
45. Me siento cansado(a) al despertar	a	b	c	d	e	f
46. Estar somnoliento(a) interfiere con mis actividades	a	b	c	d	e	f
47. Estoy satisfecho(a) con mi dieta	a	b	c	d	e	f
48. Disfruto la comida que antes me gustaba	a	b	c	d	e	f
49. Me siento restringido(a) por mi peso	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

50. Necesito la ayuda de los médicos que me atienden	a	b	c	d	e	f
51. El trato que he recibido en el hospital ha lastimado mis sentimientos	a	b	c	d	e	f
52. Estoy satisfecho(a) con la información que me ha dado el equipo médico de mi enfermedad	a	b	c	d	e	f
53. Las cosas que me hacen para tratar mi enfermedad me duelen (procedimientos)	a	b	c	d	e	f
54. Estoy satisfecho(a) con mi tratamiento actual	a	b	c	d	e	f
55. Me fastidia tomar tantas medicinas	a	b	c	d	e	f
56. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad	a	b	c	d	e	f
57. Me siento activo y/o lleno(a) de energía	a	b	c	d	e	f
58. Las molestias físicas me impiden hacer mis actividades	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

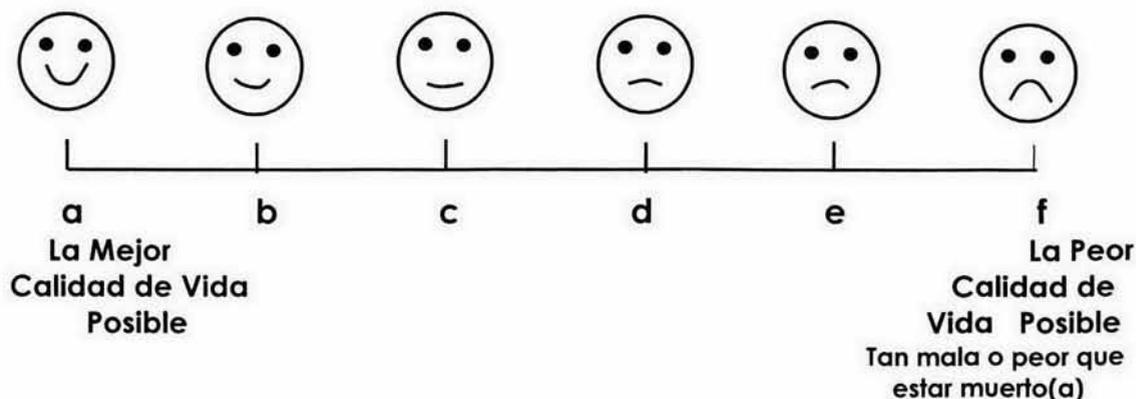
Durante las últimas <u>2</u> semanas...	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente-mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
59. Hacer ejercicio me debilita	a	b	c	d	e	f
60. Puedo realizar actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados.	a	b	c	d	e	f
61. Puedo realizar actividades moderadas, como mover una mesa, barrer, pasear, o flexionarme	a	b	c	d	e	f
62. Puedo valirme por mi mismo(a) para vestirme o bañarme	a	b	c	d	e	f

63. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación)	SI	NO
	a	b

64. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)	SI	NO
	a	b

65. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y márkela en su hoja de respuestas.



INSTRUCCIONES: La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste a todas las preguntas en su hoja de respuestas, relleno completamente el círculo correspondiente a la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los últimos 7 días.

Síntoma	No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
66-¿Dolor de cabeza?	a	b	c	d	e
67-¿Dolores musculares?	a	b	c	d	e
68-¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc.)	a	b	c	d	e
69-¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?	a	b	c	d	e
70-¿Problemas para ver?	a	b	c	d	e
71-¿Problemas para oír?	a	b	c	d	e
72-¿Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc.)	a	b	c	d	e
73-¿Tos molesta?	a	b	c	d	e
74-¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc.)	a	b	c	d	e
75-¿Tics, tartamudeo?	a	b	c	d	e
76-¿Mal olor?	a	b	c	d	e
77-¿Secreciones? (saliva, moco, úlceras o llagas)	a	b	c	d	e

Si es diabético:

78-¿Azúcar en sangre alta o baja?	a	b	c	d	e
79-¿Reacciones por la insulina?	a	b	c	d	e

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

INSTRUCCIONES: La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo hoy*, rellenando en su hoja de respuestas el circulito de la letra correspondiente a la intensidad de la molestia*

SÍNTOMA	Poco o nada	Más o menos	Modera- damente	Severa- mente
80. Entumecimiento, hormigueo	a	b	c	d
81. Sentir oleadas de calor (bochorno)	a	b	c	d
82. Debilitamiento de las piernas	a	b	c	d
83. Dificultad para relajarse	a	b	c	d
84. Miedo a que pase lo peor	a	b	c	d
85. Sensación de mareo	a	b	c	d
86. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	a	b	c	d
87. Inseguridad	a	b	c	d
88. Terror	a	b	c	d
89. Nerviosismo	a	b	c	d

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

90. Manos temblorosas	a	b	c	d
91. Cuerpo tembloroso	a	b	c	d
92. Miedo a perder el control	a	b	c	d
93. Dificultad para respirar	a	b	c	d
94. Miedo a morir	a	b	c	d
95. Asustado	a	b	c	d
96. Indigestión o malestar estomacal	a	b	c	d
97. Debilidad	a	b	c	d
98. Ruborizarse, sonrojamiento	a	b	c	d
99. Sudoración (no debida al calor)	a	b	c	d

Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

* Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rellene completamente el circulito de la letra correspondiente en su hoja de respuestas. Si varias oraciones de un grupo de aplican a su caso, rellene el círculo de cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección. **

	a	b	c	d
100.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
101.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
102.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
103.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y astiado(a) de todo
104.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
105.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
106.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
107.	No creo ser peor que otras personas	Me crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
108.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
109.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

	a	b	c	d
110.	No estoy más irritable de lo usual	Me enoja o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
111.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente

112.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
113.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
114.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
115.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
116.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
117.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
118.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Si a , No b .

119.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
120.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

INSTRUCCIONES: Intentamos conocer cuáles son las formas que usa al tratar de solucionar los problemas que se le presentan cotidianamente. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Escoja la opción que refleje mejor su propio caso y rellene en su hoja de respuestas el circulito correspondiente.***

Quando tengo problemas actuó de las siguientes formas	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuentemente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
121. Trato de conocer más del problema	a	b	c	d	e	f
122. Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema	a	b	c	d	e	f
123. Hablo con un profesional (médico, abogado, etc.) del problema	a	b	c	d	e	f
124. Le pido a Dios que me guíe	a	b	c	d	e	f
125. Me preparo por si pasa lo peor	a	b	c	d	e	f
126. Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas	a	b	c	d	e	f
127. Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas	a	b	c	d	e	f
128. Trato de verle el lado bueno al problema	a	b	c	d	e	f
129. Hago otras cosas para no pensar en el problema	a	b	c	d	e	f
130. Pienso en varias formas de resolver el problema	a	b	c	d	e	f

Revise que el número de la pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

131. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente	a	b	c	d	e	f
132. No doy a notar lo que siento	a	b	c	d	e	f
133. Actuó precipitadamente	a	b	c	d	e	f
134. Me digo cosas a mí	a	b	c	d	e	f

mismo(a) para sentirme mejor						
Cuando tengo problemas actué de las siguientes formas	Nunca	Casi nunca (menos del 20% del tiempo)	Pocas veces (20 a 40% del tiempo)	A veces si, a veces no (40 a 60% del tiempo)	Frecuente-mente (60 a 80% del tiempo)	Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
135. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas	a	b	c	d	e	f
136. Prefiero estar alejado de la gente	a	b	c	d	e	f
137. Me cuesta trabajo creer lo que está pasando	a	b	c	d	e	f
138. Como no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	a	b	c	d	e	f
139. Trato de sacar ventaja del problema	a	b	c	d	e	f

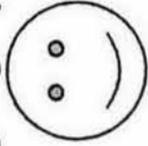
Revise que el número de pregunta que contesta sea el mismo en su hoja de respuestas

	a	b	c	d	e	f
140. Trato de relajarme o tomarlo con calma	Bebiendo más	Comiendo más	Fumando más	Haciendo más ejercicio	Durmiend o más	Hago otras cosas (anotar)
141. Considero que tengo aproximadamente amigos(as) o conocidos	a Ninguno	b Uno	c Dos	d Tres	e Cuatro	f Más de cuatro
142. Tengo alrededor de amigos(as) cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	a Ninguno	b Uno	c Dos	d Tres	e Cuatro	f Más de cuatro
143. Conozco a personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas	a Ninguno	b Uno	c Dos	d Tres	e Cuatro	f Más de cuatro
144. Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	a Una vez al día	b Una vez a la semana	c Una vez al mes	d Una vez cada 6 meses	e Una vez cada año	f Una vez cada 2 años

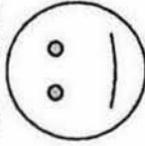
*** Escala (forma B) de Moss, R. (1984).

¡Muchas gracias por su cooperación y paciencia!

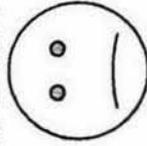
(A) POCO O NADA



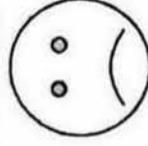
(B) MÁS O MENOS



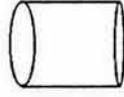
(C) MODERADAMENTE



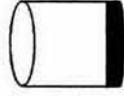
(D) SEVERAMENTE



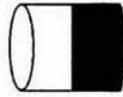
(A) NO TUVO



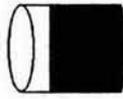
(B) UN POCO



(C) MODERADAMENTE



(D) MUCHO



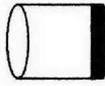
(E) MUCHÍSIMO



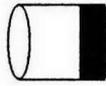
(A) NUNCA



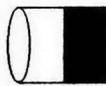
(B) CASI NUNCA (menos del 20% del tiempo)



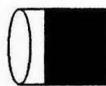
(C) POCAS VECES (20 a 40% del tiempo)



(D) A VECES SI, A VECES NO (40 a 60% del tiempo)



(E) FRECUENTEMENTE (60 a 80% del tiempo)



(F) SIEMPRE O CASI SIEMPRE (más del 80% del tiempo)



Fuentes Consultadas:

Brotons, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2000) Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida Post-Infarto MacNEW QLMI para su uso en la Población Española. Trabajo presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, La Habana, Cuba, 27 de Noviembre al 1o de Diciembre del 2000.

Fernández, J.A; Rancano I. y Hernández R. (1999) Propiedades Psicométricas de la Versión Española del Cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema*, 11:2, 293-330

González-Puente, J.A. (2001) Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos al VIH-SIDA, Tesis de doctorado.

Goodwin, D; Boggs, S. y Graham-Pole J. (1994) Development and Validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6:4, 321-328

Jurado, S; Villegas, E; Méndez, L; Rodríguez, F; Loperena, V. y Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21:3, 26-31

Mannucci, E; Ricca, V; Barciulli, E; Di Bernardo, M; Travaglini, R; et al. (1999) Quality of Life and Overweight: The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24:3, 345-357

Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G. & Finney, J. W. (1986). *Health and Daily Living Form Manual*. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science. Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto: California.

Robles, R; Varela, R; Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. En prensa

Vickrey, B.G; Hays, R.D; Marooni, R; Myers, L.W; et al. (1995) A Health-Related Quality of Life Measure for Multiple Sclerosis. *Quality of Life Research*, 4:3, 187-206

IMPRESIÓN CLÍNICA: INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Exp. _____ No. _____ Tx.: TI / TD Hospital: _____ Terapeuta: _____
Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F / M Estado Civil: _____ Fecha _____

PERCEPCIÓN DE SALUD

Reactivos 1-5

Observaciones: _____

ÁREA INTERPERSONAL/SOCIAL

Reactivos 6-11

Observaciones: _____

ÁREA FAMILIAR

Reactivos 12-19

Observaciones: _____

RELACIÓN DE PAREJA

Reactivo 20

Observaciones: _____

ÁREA SEXUAL

Reactivos 21-22

Observaciones: _____

ÁREA LABORAL

Reactivos 23-28

Observaciones: _____

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

Reactivos 29, 37

Observaciones: _____

FUNCIONES COGNOSCITIVAS

Reactivos 30-32

Observaciones: _____

BIENESTAR EMOCIONAL

Reactivos 33-36,38-39

Observaciones: _____

IMAGEN CORPORAL

Reactivos 40-41, 49

Observaciones: _____

AREA RECREATIVA Reactivos 42-44

Observaciones:

REACTIVIDAD 45-46, 57

Observaciones:

DIETA Reactivos 47-48

Observaciones:

INTERACCIÓN CON PERSONAL DE SALUD Reactivos 50-54

Observaciones:

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Reactivos 55-56

Observaciones:

LIMITACIONES POR PROBLEMAS FÍSICOS Reactivos 58-62

Observaciones:

SUCESOS IMPORTANTES Reactivos 63-64

Observaciones:

CALIDAD DE VIDA Reactivo 65

Observaciones:

SÍNTOMAS FÍSICOS Reactivos 66-79

Observaciones:

B.A.I. Reactivos (80-99)

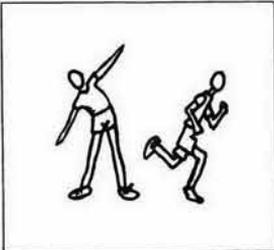
Observaciones:

B.D.I Reactivos (100-109)

Observaciones:

MOSS Reactivos (110-133)

Observaciones:



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

EJERCICIO

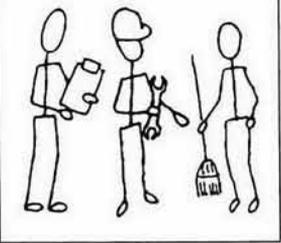
Tx:



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

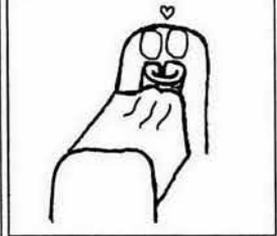
DORMIR BIEN



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

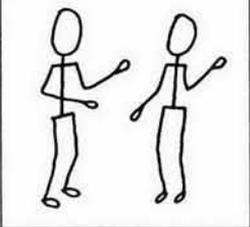
TRABAJO



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

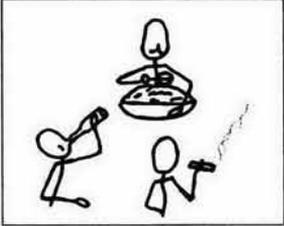
ACTIVIDAD SEXUAL



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

ESTAR CON AMIGOS O CONOCIDOS 30 MINUTOS APROXIMADAMENTE O MÁS



CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	L	M	M	J	V	S	D
 Dulce							
 Fumar							
 Alcohol							



Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

DIVERSIÓN

Anexo 3

Consentimiento Informado

El Hospital General de México O.D. y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud; posteriormente se le pedirá que asista a una intervención tipo curso, en la que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia, dicha intervención será de aproximadamente cuatro sesiones, una por semana.

Es probable que pueda sentirse incómodo con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo(a) a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarme, Amalia Maza Aguirre S. o a Juan José Sánchez Sosa.

Dra. Amalia Maza Aguirre S.
Servicio de Salud Mental
Hospital General de México, O.D.
Tel: 55 88 01 00 ext. 1327
E-mail: psicoamalia@yahoo.com.mx

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
Tel: 56 22 00 92
E-mail: johannes@servidor.unam.mx

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionario pertinentes y a asistir a las entrevistas.

Testigo 1

Testigo 2

Fecha _____
Entrevistador _____

Anexo 3

Consentimiento Informado

La Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social, y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud; posteriormente se le pedirá que asista a una intervención tipo curso, en la que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia, dicha intervención será de aproximadamente cuatro sesiones, una por semana.

Es probable que pueda sentirse incómodo(a) con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo(a) a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarme, Dr. Fernando Alcazar Lares, o a Juan José Sánchez Sosa.

Dr. Fernando Alcazar Lares
Unidad de Medicina Familiar 67
Director.
Tel: 57 55 10 33 ext. 262

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
Tel: 56 22 00 92
E-mail: johannes@servidor.unam.mx

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionario pertinentes y a asistir a las entrevistas.

Testigo 1

Testigo 2

Fecha _____
Entrevistador _____

Anexo 4

Pasos Vitales: Protocolo para promoción de adherencia terapéutica¹

Antes de iniciar asegúrese de contar con el siguiente material para cada paciente:

- Etiquetas de recordatorio para tomar medicamentos
- Tarjeta de registro y anotaciones
- Caja de tabletas (en su caso)
- Régimen medicamentoso del paciente
- Perfil o lista completa de posibles efectos colaterales de los medicamentos
- Guión de imaginación guiada (incluirlo en su caso)
- Bolsitas de plástico y bolígrafo o plumín para anotar los medicamentos

1. Bienvenida/psicoeducación

Al término de la exhibición del video

El propósito de esta reunión es ayudarle(s) a usar eficazmente sus medicamentos tomándolos de modo que tengan el mejor efecto posible para (cada uno de) usted(es)

Agradezca al (los) paciente(s) su participación en el estudio o intervención.

Inicio de la conversación con el (los) paciente(s):

- a) Antes de iniciar, ¿qué ideas tiene acerca de seguir el tratamiento para...? (padecimiento)
- b) En su caso ¿qué podría interferir o estorbar el seguimiento de su tratamiento?
- c) Cuando mira sus medicinas ¿qué pasa por su mente? ¿qué idea le viene a la cabeza?

Dé realimentación a sus respuestas y a sus ideas sobre cómo puede ayudarle(s) el programa

El propósito de esta entrevista (o reunión) es platicar la importancia que tiene el tomar (o aplicarse) sus medicamentos exactamente como se los han recetado. Al principio, cuando se le(s) da esta información hay gente que se siente agobiada. Vamos a usar unos minutos para asegurarnos de que usted(es) da(n) los pasos necesarios para mejorar lo más posible su salud.

Revisión del video:

Asegúrese de que el paciente entienda los siguientes puntos:

- 1) Si no hay suficiente concentración de medicamento en su sangre es posible que haya suficientes virus (bacterias, etc.) para reproducirse, incluso en formas que sean resistentes a los medicamentos.

¹ Steven A. Safren, Ph.D. (1999). Cognitive-Behavioral interventions to increase medication adherence. En: Psychiatric Practice: Everyday Solutions. Course. Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School. Boston. Traducción y adaptación: Juan José Sánchez Sosa y Angélica Riveros.

2) El aprender a tomar estos medicamentos es un tanto complicado pero perfectamente posible. Es como aprender cualquier cosa nueva, al principio es pesado y puede pareceros que requiere mucho esfuerzo pero, con la práctica se puede volver parte de sus rutinas diarias.

Paso 1: Razones expuestas y analizadas y (en su caso) video exhibido []

Después de pasar el video explique:

a) Ahora revisaremos una lista de verificación de los problemas que algunas personas tienen para seguir su tratamiento

b) Algunos de estos pasos pueden aplicarse a su caso y otros no. Al final veremos otros problemas o preocupaciones que tienen que ver con el seguir el tratamiento.

2. Acudir a consulta

Use el enfoque de solución de problemas para ayudar al paciente a encontrar o "armar" formas de resolver problemas asociados con acudir a sus citas.

El paciente tiene citas _____ veces a la semana o al mes.

El paciente se transportará a sus citas por medio de _____

El plan "b" para transportarse a sus citas incluye _____

¿Ve usted algún otro problema que pueda surgir para que funcione el plan que acabamos de platicar?

Estos posibles problemas serían _____

La(s) forma(s) de resolverlos serán _____

Si se le pasa una cita y sus medicinas se pueden acabar antes de la siguiente cita, LLAME A SU MÉDICO. Los médicos pueden dar instrucciones telefónicamente a farmacias para surtir un medicamento. Así, si se le pasa una cita no se le terminarán sus medicinas aunque su receta haya expirado.

Paso 2. Transporte a las consultas explicado y planes alternos preparados []

3. Comunicación con el médico o la enfermera

Explique que hay mucha gente que se siente incómoda al hacer preguntas a su médico u otros miembros del equipo de salud. Platique las dificultades que tenga el paciente para preguntar o para adoptar un papel activo en su propio tratamiento. Aborde la naturaleza recíproca de la relación médico-paciente. Haga énfasis en la importancia de que sus preguntas sean respondidas y ayúdele a resolver problemas de comunicación. Investigue si por el momento hay cosas que el paciente no ha preguntado sobre su tratamiento.

Paso 3: Relación con el equipo de salud analizado []

4. Afrontamiento de efectos colaterales

Acabamos de tratar el asunto de la comunicación con el equipo de salud. Un punto importante sobre el cual hay que comunicarse son los efectos colaterales de los medicamentos.

Los medicamentos que está tomando tienen algunos efectos colaterales, incluyendo...

Incluya toda la información disponible sobre los efectos colaterales específicos de los medicamentos del paciente. Dígame que cuando esos efectos sean intolerables o no haya forma de afrontarlos, es importante que lo platique con su médico o con nosotros (por ejemplo, algunos efectos colaterales se quitan con el paso del tiempo).

Induzca la convicción de cambiar de la idea de estar notando los efectos colaterales a la de pensar que los medicamentos están surtiendo buen efecto.

Cuando sienta esos efectos colaterales, es importante pensar en ellos como señal de que el medicamento está funcionando. Esos efectos colaterales significan que el medicamento ya está actuando en su cuerpo y haciendo la función de... (inhibir la reproducción viral, o bacteriana o hacer que su cuerpo produzca sustancias o efectúe cambios necesarios para protegerlo, etc.)

Explique que al final se harán unos ejercicios de imaginación guiada para ayudarle a practicar esas convicciones.

Paso 4: Efectos colaterales abordados []

5. Obtención de medicamentos

El enfoque de solución de problemas es similar al anterior

Farmacia, dependencia o sitio que usará el paciente _____

Pagará los medicamentos: _____

Se transportará a la farmacia mediante: _____

¿Es posible que se le envíen los medicamentos? _____

Algunos obstáculos o impedimentos para recoger sus medicamentos incluyen: sensación de vergüenza o falta de confidencialidad en la farmacia, forma de transportarse a la farmacia, falta de dinero. ¿Tiene usted alguno de éstos? _____

Éstos se abordarán (cómo) _____

Haga que el paciente se visualice parado en la farmacia y ensaye la conversación con el farmacéutico en caso necesario.

Paso 5: Obtención de medicamentos abordado y problemas resueltos []

6. Horario concreto de medicación diaria

Use la forma de horario cotidiano para ayudar al paciente a hacer su horario de medicamentos.

Para cada medicamento asegúrese de incluir:

- a) Señales: qué otras circunstancias puede haber al tomar cada medicamento
- b) Comidas: si hay restricciones alimenticias incluya la comida o su ausencia para esos casos
- c) Refrigeración, etc.

Paso 6: Horario llenado []

7. Guardado (almacenamiento) de medicamentos

Guiese por el horario diario. Este paso puede hacerse simultáneamente con el 4.

Al paciente se le pide que sea muy específico sobre dónde guardará las medicinas durante el día (en una bolsita, en un bolsillo, etc.)

El paciente conservará las medicinas en _____
Posibles problemas al guardarlas serían _____

Esos problemas se resolverán (cómo) _____

¿Deben refrigerarse algunas medicinas? _____.

Si el paciente debe refrigerar algunos medicamentos, recomíéndele que compre bolsas que se puedan cerrar y refrigerar. Resuelva problemas relacionados con la compra de las bolsas. Trate de encontrar un sitio específico para su compra y haga que las adquiera, de ser posible, ese mismo día.

¿Trabaja usted fuera de su casa? o, ¿pasa bastante tiempo fuera de su casa en horas a las que debe tomar medicamentos?

Si es así, tiene que planear cómo se tomará las medicinas en esos sitios. Por ejemplo, si el paciente trabaja y le da pena guardar o refrigerar medicinas en el trabajo o que las vean otros, resuelva dichos problemas. Sugiera cambiar las bolsas o envoltorios en el trabajo o esconderlas sin mucha complicación, etc.

Dele al paciente cajas de píldoras o bolsitas con etiquetas si se ajusta a la dosis que debe cargar consigo. Si no es posible, recomíéndele que las compre en una farmacia o supermercado pero asegúrese de que hay algún plan alterno concreto.

Paso 7: El paciente tiene un sitio viable para guardar sus medicamentos []

8. Señales adicionales

Explique al paciente que requiere de recordatorios o señales para tomar sus medicamentos.

Los recordatorios o señales tienen diferentes propósitos:

- 1) Recordarles tomar cada píldora (cápsula, tableta, jarabe, etc.).
- 2) Empezar a cambiar el significado del medicamento
- 3) Ajustarse (si es el caso) a su dieta con recordatorios en el refrigerador, etc.
- 4) Realizar ejercicios o actividad física recomendada

Saque las etiquetas y la tarjeta de registro de medicación, dieta, ejercicio, etc.

Refiérase al principio, cuando le preguntó “¿qué piensa (o le pasa por la cabeza) cuando mira esta píldora?”.

Significado de la píldora

Explique que vamos a empezar a practicar el cambio de lo que significan las píldoras para él (ella). Algunas sugerencias nuevas sobre las medicinas pueden ser:

- * Las píldoras dan vida (no son recordatorios de que estoy mal)
- * Tomar la píldora significa que estoy cuidando mi salud

Recordatorios para tomar las píldoras

- * Colocar las medicinas en lugar visible
- * Sitios como recordatorios diarios: por ejemplo el espejo del baño o la recámara en la mañana, la cafetera en la cocina, el escritorio en el trabajo, objetos usuales para higiene, etc.

Pegue una etiqueta en la tarjeta de registro y escriba una frase de recordatorio sobre la tarjeta sobre el significado de la etiqueta (por ejemplo: “estas píldoras (dieta, ejercicio, etc.) son para mejorar mi salud”).

Dele instrucciones al paciente para colocar la tarjeta donde la pueda ver constantemente.

Instrúyalo para pegar las etiquetas de recordatorio en lugares en los que suele estar cuando le toca tomar cada medicina, ajustarse a su dieta o realizar actividad física.

Ponga atención especial a las áreas cercanas a las puertas que usa el paciente, de modo que recuerde llevar consigo sus medicamentos cuando salga y le vaya a tocar tomarlos.

Si hay riesgo de que el paciente olvide sus medicamentos cuando salga, asegúrese de que coloque señales y recordatorios en otros sitios visibles (por ejemplo, la computadora, el espejo, el frasco de agua de colonia u otro objeto que suela tocar o usar justo antes de salir, etc.)

El paciente colocará las etiquetas-recordatorios en: _____

Otras señales que usará el paciente son: _____

Paso 8: El paciente dispone de señales de ayuda para su adherencia terapéutica []

9. Imaginación guiada para facilitar adherencia.

Ensayos del régimen medicamentoso

Describa al paciente un ejemplo de algo que se aprende y que al principio es o parece muy difícil y que después se hace casi automáticamente.

Ejemplo (hombres) ¿se acuerda cuando tenía como _____ años y empezó a rasurarse? Al principio era difícil porque tenía que aprender desde cómo tomar el rastrillo (o la rasuradora eléctrica), remojar la cara, distribuir pareja la espuma o jabón para rasurar y, después, ir pasando el rastrillo con mucho cuidado y en orden de lugar en lugar de la cara, teniendo especial cuidado

cerca de las orejas y en el mentón (o barbilla) para no cortarse, enjuagando el rastrillo a cada rato y finalmente ir sintiendo o buscando lugares de la cara donde no hubiera quedado la barba bien corta, etc.

Ahora piense en cómo se rasura hoy, es muy probable que no tenga que pensar casi nada en cómo lo va haciendo. Esto es así porque el rasurarse se ha ido haciendo casi automático.

Ejemplo (mujeres). ¿Recuerda cuando empezó a peinarse?, al principio tenía que ensayar diferentes formas de alisar y acomodar el cabello, maniobrar con ambas manos para alisar y amarrar, recordar tener a la mano el coiletero (broche, ligas, etc.) y colocarlo una y otra vez hasta que quedara bien puesto, observarse desde varios ángulos para verificar que no queden cabellos sueltos, probar con diferentes productos que la ayudaran a mantenerlo arreglado. Seguramente las primeras veces le tomó mucho tiempo frente al espejo lograr el peinado que quería, piense cómo se peina hoy, lo más probable es que ahora lo haga en poco tiempo y casi sin pensar cómo lo hace, eso es porque lo realiza diario, entonces peinarse se ha vuelto casi automático. Puede incluir cocinar o arreglarse, pintarse, etc.

Lo que vamos a hacer con la práctica es que tomar sus medicinas se vaya haciendo tan automático como (rasurarse, peinarse, etc.) o como otra de esas cosas que hacemos todos los días.

Introducción a la imaginación guiada

Describe o analice el propósito de la imaginación guiada (véase espécimen de guión)

Vamos a hacer un pequeño ensayo para que se vaya acostumbrando a tomar sus medicinas tal y como le han indicado. Para esto vamos a usar la imaginación para ayudarlo a visualizar los horarios de sus medicinas, ayudarle a cambiar su significado y practicar cómo irse ajustando a esos horarios.

Ejercicio de imaginación guiada

Haga que el paciente se siente cómodamente y cierre sus ojos. Hágale tomar varias respiraciones profundas, lentas y, en lo posible, diafragmáticas. Si es necesario márquele el ritmo con su propia respiración (del terapeuta) exagerando el sonido con nariz y garganta para hacérselo obvio.

En seguida vea que el paciente practique alternadamente tensar y relajar los siguientes grupos musculares (secuencia cefalocaudal): 1. frente, 2. párpados, 3. mejillas/labios, 4. mandíbula, 5. cuello, 6. hombros, 7. brazos, 8. manos, 9. abdomen, 10. trasero, 11. piernas, 12. pantorrillas, 13. pies. Al final induzca relajación completa "pasando lista". Use términos familiares para el paciente "descansado", "flojito", "relajado", "colgando como un trapito", etc.

Imaginación para uso de medicamentos

Ahora vamos a pasar al uso de imaginación (o visualización) para sus medicinas (refiérase a los horarios diarios de medicamentos como señal o recordatorio).

Ahora quiero pedirle que se vea a usted mismo (o se visualice) en su cama al despertar por la mañana ¿qué ve? Piense en cómo se siente al despertar. Véase levantándose, yendo por un vaso de agua, sacando la píldora del frasco o sobre y tomándosela en la mañana. Véase tomándola, sienta la textura o el sabor en la boca y tragándosela y en ese momento piense: “acabo de hacer algo para ayudarme a estar mejor” ó “mi salud va a mejorar por haber tomado esta dosis (pausa). Recuerde, antes al tomar la píldora usted pensaba (refiérase a lo que el paciente dijo al principio de la intervención). Ahora, en vez de eso imagínese pensando “acabo de hacer algo que va a ayudar a mi salud”.

Ahora imagínese a la píldora bajando por su sistema y ayudándolo a combatir (diga el nombre del diagnóstico). Visualice a la píldora disolviéndose y protegiendo a su cuerpo de...

Segunda dosis o medicamento

Ahora pasemos a la siguiente píldora (refiérase al horario para ayudar al paciente a visualizar dónde estará cuando le toque tomar la siguiente medicina). Ejemplo: Está en su casa a punto de salir y ve la etiqueta del recordatorio junto a la puerta. Va hacia donde está la medicina y la pone en su bolsa (portafolios, etc.). Llega al trabajo, ahora imagínese, cómo va por agua, cómo saca la medicina de donde la tiene y se la toma. Al ir bajando la píldora hacia su estómago otra vez piensa “de nuevo me estoy ayudando a mejorar mi salud”.

Continúe la imaginación guiada para cada medicina a lo largo de un día completo. Termine induciendo imágenes de algún caso excepcional a la rutina diaria, tal como cuando el paciente va a otro lado con la posibilidad de volver hasta tarde o hasta otro día a su casa.

Usando los mismos procedimientos induzca imágenes de ajuste a una dieta, a la realización de ejercicio o actividad física, o de toma de muestras de sangre, orina, saliva, etc.

Palabras y frases señal

- * La medicina está dándole duro al (virus, bacteria, bicho, enfermedad, etc.) o martilleándolo
- * “Estas píldoras me están ayudando a proteger mi salud”
- * “Esta dieta (o ejercicio) va a hacer que esté mejor”

Paso 9: El paciente completa su imaginación guiada []

10. Manejo de olvidos

Instruya al paciente sobre qué hacer cuando se le olvide (o “se le pase”) tomar su medicina, ajustarse a su dieta o hacer ejercicio. Se trata de volver al régimen normal sin sentirse agobiado.

Aunque se espera que tome sus medicamentos lo mejor posible (tal y como se le han recetado), a veces se nos puede olvidar, aquí lo importante es volver (o recuperar) lo más pronto posible el horario prescrito.

Refiérase a la interacción médico-paciente en cuanto a informar a su médico cuando ocurran esos olvidos y sobre la mejor manera de volver al régimen prescrito.

Paso 10: Al paciente se le ha instruido sobre cómo manejar olvidos []

11. Repaso final de "Pasos Vitales"

Explique que es parte del protocolo asegurar que el paciente entienda cada paso. De modo que vamos a usar unos minutitos repasando (o resumiendo) todo lo que hemos revisado. Hágale preguntas revisando cada paso en orden.

Paso 11: El paciente resume o re-explica cada paso al terapeuta []

TERMINE

Programe horario de seguimiento telefónico _____

Plan "B" (de repuesto) del seguimiento _____

Nota para el terapeuta. ¡Póngase una señal a sí mismo(a) para recordarse llamar al paciente!

Anexo 5

BITACORA TERAPEUTICA

Exp. _____ No. _____

Tx.: TI / TD Hospital: _____

TERAPEUTA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: F / M

EDO. CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

TÉLEFONO: _____ RECADOS: _____

DX: _____ ANTIGÜEDAD: _____

MÉDICO: _____

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS:

DIETA () EJERCICIO () EST. LABORATORIO () RESTRICCIÓN DE ACT. () OTROS ()

DESCRIPCIÓN: _____

FECHA INICIO: _____ PROX. CITA: _____ HORA: _____

RECEPCIÓN DEL PACIENTE E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SI / NO POR QUÉ: _____

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD SI / NO POR QUÉ: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

FAMILIAR

FECHA: _____ SESIÓN: INICIO () 1a. () 2a. () 3a. () 4a. ()

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

¿PARTICIPARÁN OTROS FAMILIARES? SI / NO

SI ES EL CASO: NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PARENTESCO: _____ VIVE CON ÉL: SI / NO

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

QUEJAS SOBRE EL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA: _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA: _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

_____OBSERVACIONES: _____

_____PLAN TERAPÉUTICO: _____

_____**CARNET**

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA: _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

_____OBSERVACIONES: _____

_____PLAN TERAPÉUTICO: _____

_____**CARNET**

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA: _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

TRATAMIENTO

SESIÓN: (1) (2) (3) (4)

FECHA: _____

PASOS VITALES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11)

QUEJA DEL PACIENTE: _____

OBSERVACIONES: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

CARNET

No.	ENTREGA	DEVOLUCIÓN	PERIODO	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				

RECORDATORIO TELEFÓNICO

No.	FECHA	HORA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			

BITÁCORA TERAPÉUTICA

Nombre: _____ Inm () Dif ()

Total de Citas:

Terapia _____ Seg1 _____ Seg2 _____

Tx

Inventario _____

Pasos Vitales _____

Terapia _____

MEDICAMENTO

Presión Arterial:

Pretest _____

Postest _____

Seguimiento1 _____

Seguimiento2 _____

Glucosa:

Pretest _____

Postest _____

Seguimiento1 _____

Seguimiento2 _____

Estresores:

Problemas de adherencia:

ANEXO 6

Terapia basada en la solución de problemas

Solución de Problemas se define como el proceso autodirigido, cognitivo-conductual, por medio del cual la persona intenta identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas que enfrenta en el curso de su vida cotidiana. Esta actividad se lleva a cabo de manera consciente, esforzada y propositiva. Los problemas se definen en este contexto como situaciones existentes o anticipadas que requieran respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que la persona que las confronta no logra respuestas de afrontamiento efectivas debido a la presencia de ciertos obstáculos. Tales obstáculos pueden incluir ambigüedad, incertidumbre, demandas conflictivas, falta de recursos, o novedad. Los problemas podrían ser estresantes, si dificultan y son relevantes para el bienestar. Podrían ser sucesos individuales, o una serie de eventos relacionados, o situaciones crónicas. Las soluciones son cualquier respuesta de afrontamiento diseñada para abordar el problema, en tanto que las soluciones efectivas son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo alcanzan las metas de la solución de problemas, pero que simultáneamente también maximizan otras consecuencias positivas y minimizan efectos negativos. El estrés, dentro de este marco, se define en términos de las relaciones recíprocas entre eventos vitales negativos, problemas cotidianos, estados emocionales negativos y la habilidad para resolver problemas (Nezu, Nezu & D' Zurilla, 2000). Sus metas clínicas principales son:

- a) mejorar las habilidades generales de solución de problemas
- b) disminuir el sufrimiento emocional
- c) aumentar la auto-eficacia
- d) mejorar la calidad de vida

Las cinco áreas principales de solución de problemas son: orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, instrumentación y verificación del problema.

Enseñanza de la Orientación al Problema

La enseñanza de este componente de la solución de problemas está dirigido a facilitar:

- a) creencias positivas de auto-eficiencia – la percepción de que las personas pueden mejorar su calidad de vida mediante el afrontamiento efectivo y la solución de problemas-
- b) creencias de que los problemas son inevitables – aceptar la noción de que es común y normal experimentar una amplia variedad de problemas-
- c) la habilidad para identificar con precisión cuando ocurren empleando las emociones como señales
- d) la habilidad para inhibir reacciones emocionales que pueden conducir a reacciones impulsivas o de evitación

Algunas técnicas que pueden ayudar a este propósitos son: la estrategia de juego de roles de argumentación reversa y la reestructuración cognoscitiva. Estas pueden ser útiles para que el paciente supere distorsiones específicas al procesar información, subyacentes a una orientación negativa al problema, tales como estilos atributivos, estimaciones negativas, distorsiones cognitivas y creencias irracionales (C. M. Nezu, Nezu, Deaner & Friedman, 1997)

Enseñanza de la Definición y Formulación de Problemas

Ésta se centra en los siguientes cinco aspectos específicos:

- a) recolectar la más información posibles sobre el problema
- b) usar un lenguaje claro
- c) separar hechos de suposiciones

- d) identificar los factores que convierten a la situación en problemática; y establecer metas de solución de problemas realistas

Enseñanza de Generación de Alternativas

Se fomenta el pensamiento de amplio espectro, creativo y flexible para las alternativas de solución de problemas. Los pacientes llevan a cabo una "tormenta de ideas", basándose en tres principios:

- 1) Principio de cantidad.- sugiere que entre más ideas genere una persona, mayor la probabilidad de que se encuentre, entre las enlistadas, las opciones efectivas y de alta calidad
- 2) Diferimiento de Juicios.- sugiere que la regla de cantidad se puede cumplir mejor si evita la persona emitir algún juicio acerca de la calidad o efectividad de una idea determinada hasta haber compilado una lista amplia.
- 3) Principio de Variedad.- anima a la persona a pensar en una amplia gama de soluciones posibles a través de diversas estrategias o clases de enfoques, en vez de centrarse en sólo una o dos ideas estrechas.

Enseñanza de la Toma de Decisiones

El paciente debe utilizar los siguientes criterios para conducir un análisis costo-beneficio:

- a) la probabilidad de que la solución alcance la meta definida
- b) la probabilidad de que la persona responsable de resolver el problema pueda realmente llevar a cabo óptimamente la solución
- c) las consecuencias personales y sociales
- d) los efectos a corto y a largo plazo

Las ideas calificadas como negativas se descartan en tanto que las asociadas con calificaciones positivas sirven como un banco del que el paciente desarrolla un plan general de acción que incluye una combinación de opciones de afrontamiento potencialmente efectivas. Después se discuten aspectos relativos al tiempo como;

¿cuándo es el momento óptimo para instrumentar el plan?, ¿qué tanto deberá esperarse para determinar si el plan funcionó?, etc. Deberán desarrollar ciertos planes de contingencia como parte del plan general, por ejemplo- "si no funciona el plan A, entonces se lleva a cabo el plan B".

Enseñanza de la Instrumentación e Implementación de Soluciones

Esta última tarea de solución de problemas conlleva primero la realización del plan de solución y la evaluación de las consecuencias del resultado real. Una vez que el plan esté en proceso, se promueve que el paciente vigile las consecuencias reales. Esto menuda entrena el desarrollo de un sistema de datos sencillo que permite evaluar el resultado respecto a los cambios en el problema mismo, así como la reacción emocional ante el resultado. El empleo de esta información permite al paciente evaluar los resultados mediante la comparación entre el resultado real y sus predicciones acerca del resultado. Si éstos coinciden satisfactoriamente, se promueve que el paciente se administre auto-reforzamiento.