

131



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
HIPERTENSOS

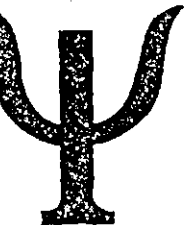
0295455

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N
LÓPEZ PASTOR OLGA LIDIA
PINEDA LAZOS CLAUDIA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. LEONARDO REYNOSO

REVISOR:
ISAAC SELIGSON N.



AGOSTO

2001



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.

Todo lo fácil comienza difícil,
Todo lo grande comienza pequeño.

Laot-se.

GRACIAS A:

Dr. Leonardo Reynoso por
Su paciencia, ayuda y dedicación. Eso
Que sólo los amigos comparten.

Isaac Seligson por su confianza, apoyo
Amistad.

A todas las autoridades
Que permitieron nuestro ingreso
A sus instalaciones.

A los pacientes que gentilmente
Colaboraron.

Nuestros amigos que compartieron nuestra
Carrera, sueños, aventuras y TODO: Flor, Carmen, Fer,
Gabo, Chambert, Omar, Pancho, Alberto, Lucero, Jenny, Licha,
Viviana, Mauricio, y los que faltan.
Los queremos Mucho.

Gracias a:

Mis Padres por todo su apoyo, amor, confianza, esfuerzo y
Dedicación.
Los AMO.

A mis Hermanos por su amor, dedicación, ejemplo y apoyo.
Los Quiero Mucho.

A los que confiaron en mí Siempre.

A Claudia por ser una gran amiga, y compartir toda esta aventura. TQM.

Sin Ustedes esto no sería posible.

Los quiero Mucho.

OLGA LIDIA.

Gracias A:

Mi Mami por ser padre, madre y amiga
A la vez, compártir sueños, logros
Y adversidades.
Te amo.

Fina, por ser mami, consejera y abuela. Te Adoro

Mi hermano por ser parte de
La inspiración de mis logros y
Sueños.
Te quiero.

Mony, por ser incondicional en su
Amistad y compartir siempre.

Mis tíos y Primos.:
Lazos Montiel
Aguillón Lazos.
Lazos Romero.
Rosales Aguilar.

A los amigos que siempre llevaré en el corazón.

Olga por que sin ella, no hubiera
Conocido el sabor de este éxito. T.Q.

Claudia.

INDICE.

Capítulo I. ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Página.

1.1 Antecedentes.	4
1.2 ¿ Qué es la Adherencia Terapéutica?.	5
1.3 Factores que influyen en la adherencia Terapéutica.	9
1.4 Sistemas para evaluar la Adherencia Terapéutica.	12

Capítulo II. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

2.1 Enfermedades Crónicas.	19
2.2 ¿Qué es la Hipertensión Arterial?	23
2.3 Clasificación de la Hipertensión Arterial.	25
2.4. Factores de Riesgo.	27
2.5 Tratamientos.	30

Capítulo III. AFRONTAMIENTO.

3.1 Estrés.	45
3.2 Concepto de Afrontamiento.	52
3.3. Función del Afrontamiento.	55
3.4 Recursos de Afrontamiento.	59

Capítulo IV. METODO.

Justificación.	63
Planteamiento del Problema.	64
Hipótesis.	64
Objetivos.	65

Definición de Variables.	66
Sujetos.	67
Diseño.	67
Instrumentos.	68
Procedimiento.	71
Capítulo V. Análisis de Resultados.	73
Capítulo VI. Discusión y Conclusiones.	83
Referencias.	97

CAPITULO 1

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

1.1 Antecedentes.

La importancia del cumplimiento terapéutico, en su relación con el posible incumplimiento por parte de los pacientes, comenzó a ponerse de manifiesto en la década de los 70 a raíz de la aplicación progresiva de la monitorización de los niveles plasmáticos de los medicamentos (Becker, 1985). En la actualidad, este asunto es altamente significativo y causa principal del fracaso fármaco terapéutico. Las consecuencias del incumplimiento son múltiples y de repercusiones muy variables: muertes por enfermedades cardiovasculares e infecciones, ingresos hospitalarios, aumento de visitas médicas, prescripción de pruebas diagnósticas adicionales, tratamientos alternativos adicionales o innecesarios, almacenamiento domiciliario de medicamentos, incremento del gasto sanitario, etc., (Ley, 1986).

La problemática derivada de la situación cumplimiento/incumplimiento es la frontera que más separa y distancia la eficacia de los medicamentos (uso de los fármacos en condiciones ideales, como en los ensayos clínicos) y su efectividad (uso de los medicamentos en las condiciones habituales y, por tanto, reales). Para obtener el máximo beneficio de un tratamiento, objetivo último de la medicina y de la farmacia, es esencial el cumplimiento por parte del paciente, que suele ser menor en las enfermedades crónicas, al ser con frecuencia un régimen médico múltiple y prolongado (Castañeda, 1998).

El incumplimiento no es solo el fracaso del paciente, sino que implica al médico (diagnóstico y prescripción), y a la enfermería.

El incumplimiento de los pacientes a los tratamientos médicos (abandono, separación o distanciamiento) se ha vuelto un grave problema para la salud, algunos estudios reportan que entre un 25 y 50 % de pacientes que acuden a la consulta médica no llevan a cabo las indicaciones recibidas en forma satisfactoria (Puente- Silva, 1984).

1.2 ¿ Qué es la Adherencia Terapéutica?

La incapacidad del paciente para adherirse a un régimen de tratamiento es un problema de importancia universal en todos los niveles y especialidades de atención a la salud (Sousa, 1987).

El término adherencia es el resultado del trabajo a través de diferentes disciplinas y profesionales de la salud. El empleo de la palabra adherencia en lugar de cumplimiento proviene de diversos autores que argumentan que el termino cumplimiento connota a un paciente pasivo que sigue fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud. (Varni y Wallender, 1984 en Mann1993).

Por otro lado, el término adherencia implica un papel activo , voluntario y cooperativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente.

Weiss J. y Hutchinson S. (2000) definen la adherencia terapéutica como los cambios en la conducta de un paciente, que coinciden con las recomendaciones del médico, referente a tomar medicamentos, modificación de la dieta o en el estilo de vida.

Así, al hablar de adherencia no solo nos referimos al seguimiento adecuado del régimen o tratamiento médico, también se considera adherencia a la implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Latorre,1994).

Autores como Pinkerton, Hughes y Wenrich (1982) consideran la adherencia como un problema de conducta y por lo mismo consideran que es una de las principales metas de la medicina conductual, en el sentido de que la meta es la modificación de conductas del paciente, asociadas al estado de salud y que interfieren en el desarrollo satisfactorio de un tratamiento (Franch ,Conde , 2001).

La adherencia comprende diversas conductas:

1. Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento.
2. Asistencia a citas de seguimiento.

-
3. Uso correcto de la medicación prescrita.
 4. Realizar cambios apropiados en el estilo de vida (p.e. dieta, ejercicio o extinción de hábitos).
 5. Evitación de conductas contraindicadas.

Aunque el nivel exacto de adherencia al tratamiento médico es difícil de determinar, muchos estiman rangos que van de 8% hasta 96%, con un promedio reportado de adherencia alrededor de un 50% (Weinstein,2000). Durante cada etapa del cuidado médico, la adherencia juega un rol activo. Primeramente, de 20 al 50% de los pacientes no asisten a sus citas programadas.

De los que asisten a consulta del 20 al 60% a quienes se les prescribió medicamento habrán descontinuado su uso antes de que se les indique; del 19% al 74% no seguirán el régimen de instrucciones; Del 25 al 60% se equivocaran en la auto administración del medicamento y un 35% de estos errores son suficientes para poner en peligro la salud del paciente (Rodríguez, 1986).

El nivel de adherencia al régimen varia dependiendo del tipo de tratamiento. Las tasas mas altas de adherencia se dan en tratamientos directos sobre los síntomas de la enfermedad (inyecciones, quimioterapia), programas de tratamiento con altos niveles de supervisión y monitoreo, y en condiciones de un ataque agudo. En contraste, las tasas bajas de adherencia ocurren con pacientes que tienen desordenes crónicos con molestias o riesgos no inmediatos, cuando se requieren cambios en el estilo de vida, y cuando el resultado es la prevención y no

el alivio del síntoma, (Mann, 1993).

La importancia y el significado de la falta de apego a los programas terapéuticos, provocan grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar y el lo social (Muehrer,2000).

En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento, además de limitaciones o incapacidades irreversibles y progresivas.

Por lo que se refiere a lo familiar, existen estudios que demuestran una importante disrupción familiar con repercusiones para la pareja y los hijos, en pacientes crónicos con un mal manejo de su problema.

En lo social, resulta de un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, prolongándose así innecesariamente los tratamientos y presentándose recaídas y readmisiones, las cuales se podrían evitar. Vale la pena subrayar que estas complicaciones innecesarias corresponden a condiciones, que su manejo es de un elevado costo económico (Bethesda,M,1999).

La falta de tratamiento terapéutico origina que se incrementen los costos – producto, ya que la cantidad de recursos que se consume es mayor que los beneficios que se obtienen.

1.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Los tratamientos para ser realmente eficaces requieren de diversos factores asociados a la adherencia que pueden atribuirse al individuo, a la enfermedad, al fármaco y/o al equipo asistencial (Paz, 1999).

- ✓ Individuo: Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como el nivel cultural y la situación económica estable, no son factores predictores del nivel de adherencia de un individuo. Sin embargo, se ha observado que los pacientes de mayor edad presentan mejor adherencia al tratamiento, a excepción de los pacientes mayores de 75 años en los que la presencia de otras enfermedades empeora el cumplimiento.

El disponer de domicilio fijo y soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia. Esto hace pensar en indigentes, marginados y usuarios de drogas, cuya situación es extraordinariamente compleja. Para conseguir una mejora en la aceptación y el cumplimiento en estos pacientes es preciso una aproximación multifactorial y multidisciplinaria (Sheridan, 1992).

Los factores de carácter psicológico también influyen en el cumplimiento. La

ansiedad y la depresión empeoran la adherencia. El alcoholismo se ha identificado como un factor relacionado con el mal cumplimiento. Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La percepción de beneficio potencial es fundamental en enfermedades crónicas y de curso asintomático (Buillé, 1998).

- ✓ Enfermedad: La consideración del paciente respecto a la gravedad que presenta la enfermedad en ausencia de tratamiento puede ser de ayuda para comprender la necesidad del mismo, aunque dicho tratamiento sea complejo y presente efectos adversos o secundarios.
- ✓ Régimen terapéutico: En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.

La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto.

- ✓ Equipo asistencial: Determinados tipos de organización de la asistencia en que la relación médico-paciente queda diluida en un equipo asistencial

impersonal sin referentes claros para el paciente, pueden dificultar la adherencia. La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente. Probablemente, los factores más importantes son el suministro de una información detallada, auténtica y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. El disponer de personal especialmente motivado, con experiencia y conocimientos específicos, es imprescindible para conseguir un nivel óptimo de calidad asistencial.

El equipo asistencial, dada la complejidad del problema, debe ser preferentemente multidisciplinario, es decir, deben integrarse las tareas del médico, la enfermería, la farmacia hospitalaria, la asistencia social, el psicólogo y otros servicios de la institución.

Otro factor importante es el grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida, quienes cuentan con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, así como la supervisión cercana del médico tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos, (Rodríguez, 1998).

La eficiencia-efectividad de los programas, entendida como la relación entre el total de los recursos utilizados para alcanzar los objetivos terapéuticos deseados y el resultado, se ven considerablemente afectados por :

⊕ Errores de omisión: El paciente no se toma el medicamento prescrito, independientemente de cual sea la razón.

⊕ Errores de dosis: El paciente no se toma la dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque él decida que requiere una dosis mayor o menor.

⊕ Errores en el tiempo: El paciente no toma los medicamentos a las horas indicadas.

⊕ Errores de propósito: El paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida del médico resulte inadecuada.

⊕ Automedicación: El paciente se administra medicamentos no prescritos (Puente-Silva,1984).

1.4 SISTEMAS PARA EVALUAR LA ADHERENCIA.

Existen diversos sistemas para valorar la adherencia de los pacientes al tratamiento. Sin embargo, dado que ninguno de los métodos existentes presenta una fiabilidad del 100%, se hace necesario combinar varios de ellos para obtener datos de la situación real con la mayor exactitud posible.

La medida del cumplimiento debe reflejar la toma de la medicación tanto en cantidad como en tiempo, además de medir la consecución de los objetivos planteados. La cuantificación del cumplimiento es de suma importancia. Puede expresarse como variable continua o dicotómica y la elección del tipo de medida depende de varios factores (Franch,2001).

El cumplimiento debería expresarse como tasa de adherencia global y si es posible medirlo para cada uno de los medicamentos del régimen terapéutico. Es útil expresar esta tasa de alguna de las tres formas siguientes: como porcentaje de dosis tomadas, como porcentaje de días con el número correcto de dosis o como porcentaje de dosis tomadas a tiempo.

Entre los métodos para la valoración de la adherencia se encuentran los directos y los indirectos.

- I. Métodos Directos: Consisten en la determinación de los niveles de fármaco presentes en líquidos orgánicos como plasma, saliva u orina. Aunque es uno de los métodos más fiables, tiene el inconveniente de la variabilidad interindividual en el comportamiento de algunos fármacos, así como la posibilidad de concentraciones plasmáticas alteradas por la aparición de interacciones medicamentosas. Por otra parte, el hecho de encontrar

niveles correctos de fármaco en plasma el día de la extracción de la muestra no garantiza que el cumplimiento sea continuo.

La desventaja de este método es que resulta costoso y no es fácil aplicarlo rutinariamente.

II. Métodos Indirectos: Son métodos menos fiables puesto que la valoración final se ve influenciada por diversas variables, pero tienen la ventaja de su sencilla aplicación en la práctica diaria, algunos de estos métodos son:

- ❖ Entrevista con el paciente: Este método se basa en preguntas sencillas y en un marco de mutua confianza que provoca el referir de la manera más sincera y precisa posible la forma en que se ha tomado la medicación (indicando la frecuencia, los errores u omisiones y los motivos). Para aplicar este método es preciso disponer de ciertas habilidades en las técnicas de comunicación. Es un método subjetivo, con valor predictivo positivo cuando el paciente refiere incumplimiento.

- ❖ Cuestionario estructurado. Consiste en pedir al paciente que responda un cuestionario sobre adherencia. En este caso es el paciente el que aporta la información, que es subjetiva, pero por otra parte, los datos obtenidos pueden procesarse de manera más cuantitativa que en la entrevista. Actualmente, aún no existe un

cuestionario validado y universalmente aceptado. Es sin duda un tema de investigación pendiente.

❖ Asistencia a las citas programadas . Es un método predictivo de cumplimiento, aunque con excepciones. El hecho de que un paciente acuda puntualmente a la visita médica, hace pensar en una persona con una buena adherencia. Por otra parte, el no acudir cuando corresponde a recoger la medicación es indicativo de mal cumplimiento. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta a los pacientes que acuden puntualmente a sus citas pero no cumplen las indicaciones del médico.

❖ Recuento de la medicación sobrante. Consiste en contar el número de unidades de medicamento que quedan en el envase de la medicina que el paciente está tomando. Si se conoce la fecha de inicio del tratamiento, por diferencia, se puede calcular el número de unidades teóricas tomadas. Este método presenta el inconveniente de que si el paciente sabe que se va a realizar el recuento podría manipular el contenido del envase. La formula para conocer el porcentaje de cumplimiento es:

$$\% \text{ cumplimiento} = \frac{\text{Unidades dispensadas} - \text{Unidades sobrantes}}{\text{Unidades teóricas tomadas}} \times 100$$

Unidades teóricas tomadas.

Existe otra modalidad muy sencilla y fácil de aplicar que consiste en entregar al paciente un diario para que registre las tomas de medicamentos o bien realice, antes de cada dispensación, el recuento de la medicación sobrante.

- ❖ **AUTORREPORTE.** El auto registro o autoreporte es una técnica básica de autocontrol. El que el paciente observe y registre sistemáticamente su propia conducta, es consistente con el principio del paciente como colaborador y agente de cambio. También es consistente con el principio conductual de la medición observacional directa de los problemas de interés. El autoregistro puede utilizarse para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales, sus consecuencias, el efecto que la acompaña o las relaciones entre todas estas variables. La forma más habitual de autoregistro sería el obtener una medición de la misma conducta de interés.

El autoregistro no sólo tiene la ventaja de ser una evaluación directa de las conductas problemáticas de la persona, cuando ocurren, sino que también puede emplearse para iniciar las metas del tratamiento (en Caballo, 1995).

- ❖ **AUTOMONITOREO:** Es un tipo de medida de adherencia comúnmente utilizado en enfermedades de larga duración. Este tipo de monitoreo tiene la ventaja de ofrecer al paciente retroalimentación inmediata permitiéndole corregir su percepción de adherencia y ajustar su nivel de medicamento sin tener que ir al consultorio. Sin embargo, el auto monitoreo está sujeto a los

mismos patrones de conducta de la adherencia de la medicación por tanto puede ser errático para aquellos que se adhieren pobremente.

- ❖ La evaluación de los profesionales de la salud es otra medida de adherencia empleada comúnmente en ambientes clínicos formales. Este tipo de medidas de adherencia es probablemente la menos exacta con puntajes no mejores que las estimaciones al azar. Los estudios han determinado que los médicos tienden a sobre estimar la adherencia cerca de un 50 %. (Roth, Caron, 1978, en Mann, 1993).

Sin embargo, puede argumentarse que los pacientes pueden reportar menos o más adherencia. Los pacientes pueden sobreestimar su adherencia para agradar al médico o personal de salud, evitar el desagrado del entorno familiar (Dunbar, 1977 en Mann, 1993). Resulta claro que no es óptimo confiar solamente en una fuente de medida. Si se combinan las técnicas se obtiene una mejor estimación de la adherencia.

CAPITULO 2.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

2.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS.

La transición epidemiológica nos habla de un proceso de sustitución de las patologías infecciosas como causas primordiales de muerte -sobre todo muertes prematuras- por un predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas. El peso de la enfermedad se desplazó de los grupos más jóvenes hacia los adultos y sobretodo los viejos y el padecer una enfermedad dejó de ser un proceso de corta duración y empieza a formar parte de nuestra existencia diaria (Sánchez, 2000).

La enfermedad es un desequilibrio biológico-ecológico o una falla en los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos externos a los que está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/ o de la anatomía del individuo (San Martín,1992 en Pastrana, 1998).

Actualmente las enfermedades crónicas representan el punto central de atención de gobiernos, instituciones y personas dedicadas a su atención y cuidado debido al costo económico, social y emocional. Esto se debe a que muchos individuos están viviendo con una enfermedad crónica reduciendo su calidad de vida y la de sus familiares (Taylor,1990).

La enfermedad crónica se define como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el estilo de vida del paciente y que es probable

que persista largo tiempo (Beneit, 1994). La gran variedad de factores ambientales, junto a los hereditarios, pueden implicarse en las etiologías de estas enfermedades.

Las enfermedades crónicas implican ajustes mayores ya que exigirán cambios en diversas esferas de funcionamiento y se extenderán por un tiempo prolongado indeterminado (Anderson,1988). Por lo tanto los individuos que padecen enfermedades crónicas y su núcleo familiar deberán aprender a manejar el estrés producido para lograr una mejor calidad de vida y vivir con la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD.

La historia natural de la salud y la enfermedad tiene cuatro etapas:

- El periodo silencioso (momento de prevención).
- Periodo prepátogeno (inicio y control de síntomas).
- Periodo Patógeno (convalecencia, invalidez y cronicidad).
- Periodo de solución (control de síntomas o muerte).

El periodo silencioso se refiere a la incubación que puede ser de corta o larga duración, en donde el individuo se encuentra inmerso en un proceso normal de adaptación y desadaptación con el ambiente.

El periodo prepatógeno se refiere a un individuo aparentemente sano pero hay una clara desaparición (física, psicológica o social), es el momento en el que el organismo moviliza sus defensas teniendo como resultado un éxito o fracaso (Morales, 2000).

En el periodo patógeno los síntomas se manifiestan, el paciente le puede dar importancia o no a sus molestias y el médico puede o no descubrir la enfermedad, es decir, es el momento clave para el diagnóstico y tratamiento. Finalmente el período de solución es el momento donde el organismo tienen una reacción intensa ante el proceso patológico que interfiere su función normal y aún con la vida del paciente (San Martín, 1992).

Las dificultades o efectos que se presentan en una enfermedad son determinantes durante todo el desarrollo de la misma, especialmente en las crónicas dependerán en gran medida de su buen manejo para obtener un resultado exitoso o un fracaso contundente. Algunos individuos tienden a evitar muchos de los problemas asociados a la enfermedad, las consecuencias de esto son el incumplimiento del tratamiento y empeoramiento de la salud, por lo que se convierte en factores de riesgo.

En la familia como sistema social, un enfermo crónico representa también alteraciones en la dinámica, los miembros de éste núcleo cambiarán sus papeles

puesto que el paciente depende ahora más de sus familiares (Goldberger,1993). Estos cambios amenazan la seguridad y autoestima del enfermo y sus familiares, es importante hacer notar que si estos ajusten no se realizan aparecerá una elevación de estrés emocional y un decremento en el cumplimiento del tratamiento (Martín,1990).

Una vez que los pacientes reciben su diagnóstico médico sobre su enfermedad crónica experimentan un desequilibrio porque las demandas de la enfermedad sobrepasan sus propios recursos y su manera de afrontar ya no es adecuada, esto produce una variedad de trastornos como la incertidumbre, el miedo, el dolor, la ansiedad, la depresión, etc.,(Moss y Schaefer,1989 en Pastrana, 1998). Además en muchas ocasiones están basados en una comprensión incompleta de la enfermedad y el tratamiento o en miedos exagerados.

De esta manera, muchos individuos no pueden aceptar la novedad de la enfermedad y frecuentemente existen indicios de frustración ante los diagnósticos. La negación básica de su cronicidad y progresión de la enfermedad repercute generalmente en el incumplimiento de los regímenes médicos prescritos, porque los individuos con una enfermedad pueden creerá que la enfermedad desaparecerá. Sin embargo regresan al médico con síntomas recurrentes (Taylor, 1990 en Pastrana,1998). Zeiner (1985) señalo que las representaciones mentales por el médico y por el paciente son diferentes, siendo factores claves en el

cumplimiento de objetivos que se propone en el tratamiento médico (Barrios, 1990, en Pastrana, 1998).

2.2 ¿ QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

La hipertensión arterial (HA) es un grave problema de salud mundial de salud pública. Es considerada la enfermedad crónica más común de la humanidad, ya que afecta aproximadamente al 25% de la población adulta y tiene serias repercusiones cardiovasculares, cerebrales y renales que acortan la posibilidad de vida de quien la padece, sin embargo si se diagnostica a tiempo y se trata de manera adecuada el pronóstico mejora y la supervivencia tiende a normalizarse (Follé, 2000).

El problema de la hipertensión en México ha ido tomando cada vez más auge debido muy probablemente al mayor acceso de la población a los servicios médicos, por lo que se facilita el diagnóstico de esta enfermedad. (González, 1980).

Para saber qué es la hipertensión arterial debemos saber primero qué es la presión arterial. La presión arterial es el resultado de la combinación de las fuerzas

del corazón y las arterias durante cada contracción del músculo cardíaco o latido del corazón. Cuando estas fuerzas son excesivas, aparece la hipertensión, enfermedad que ejerce sus efectos negativos precisamente sobre los órganos que originan estas dos fuerzas: el corazón y las arterias, los cuales son los más sensibles al efecto prolongado de la hipertensión (Stamler, 1993).

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg (González, 1980).

Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mm Hg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardiocerebrovascular.

La hipertensión cursa durante su etapa inicial sin síntomas, de manera silenciosa, afectando los órganos vitales como el corazón, cerebro, riñones, ojos y arterias. Al principio el hipertenso no detecta ninguna alarma de los órganos afectados y por lo tanto no toma medidas correctivas a tiempo. En una etapa

tardía, la hipertensión arterial esencial produce síntomas cuando la enfermedad ha progresado, presentándose (Rodríguez, M., 20001):

- Dolor de cabeza prolongado y repetitivo.
- Somnolencia, confusión y mareos.
- Entumecimiento y hormigueo de manos y pies, sangrado nasal sin causa aparente.
- Fatiga y cansancio.

2.3 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN.

El valor normal de la presión arterial es 120/80. El rango normal va de 90/60 hasta 135/85. Por encima de 140/90 se considera hipertensión leve y requiere algún tipo de recomendación en cuanto a cambios en la dieta y plan de ejercicios. Por encima de este valor es hipertensión arterial moderada o severa.

Diversos estudios coinciden en establecer una clasificación en grados, basada en las cifras tensionales obtenidas en el consultorio. Se establecen tres categorías de normotensión: óptima, normal y normal alta y tres categorías de hipertensión: grado 1, grado 2 y grado 3. La posibilidad de riesgo cardiovascular progresa en el mismo orden. Ambos informes describen una categoría paralela, la

hipertensión sistólica aislada, en la cual las cifras de PAS son mayores o iguales a 140 mm Hg, con cifras de PAD menores a 90 mm Hg. Existe una clasificación propuesta por la Organización Mundial de Control de la Hipertensión, (tabla 1) de acuerdo a la edad y al sexo (Dela Noval, 1999)

	Sistólica	Sistólica	Diastólica	Diastólica	Sistólica	Sistólica	Diastólica	Diastólica
	HOMBRE	HOMBRE	HOMBRE	HOMBRE	MUJER	MUJER	MUJER	MUJER
Edad	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta
16-18	105-135	145	80-86	90	100-130	140	60-85	90
19-24	105-140	150	62-88	95	100-130	140	60-85	90
25-29	108-140	150	65-90	96	102-130	140	60-86	92
30-39	110-145	160	68-92	100	105-140	150	65-90	98
40-49	110-155	170	70-96	104	105-155	165	65-96	105
50-59	115-165	175	70-98	106	110-170	180	70-100	108
60...	115-170	190	70-100	110	115-175	190	70-100	110

Tabla 1. Valores Normales y elevados de Tensión Arterial.

Pueden diferenciarse dos tipos de hipertensión: la hipertensión esencial o primaria y constituye el 90% de los casos.

La hipertensión secundaria (10% de los casos) también conocida como Hipertensión arterial sistémica. Este problema es definido como "la elevación persistente y sostenida de la presión arterial diastólica por arriba de 95 milímetros de mercurio (mm Hg) o de la presión arterial sistólica por arriba de 160 mm Hg".

Puede ser el resultado de múltiples causas, entre las que podemos citar las siguientes (Shapiro, 1994):

- ◆ Hipertensión primaria esencial.
- ◆ Hipertensión secundaria a:
 - ◆ Problemas renales (por ejemplo: glomérulo nefritis, insuficiencia renal crónica, etc.)
 - ◆ Problemas endocrinos (p.e. hipertiroidismo, hiperfunción suprarrenal, diabetes, etc.)
 - ◆ Problemas neoplásicos o tumorales (p.e. feocromocitoma).
 - ◆ Problemas obstétricos (V. gr. toxemia del embarazo).

2.4 FACTORES DE RIESGO.

Se han identificado factores de riesgo genéticos, conductuales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención (Lombera, 2000).

Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados.

Factores de Riesgo no modificables.

EDAD: Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.

SEXO: La hipertensión y el accidente cerebro vascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebro vascular de tipo arteriosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

ORIGEN ÉTNICO: La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.

HERENCIA: La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2º grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

DIABETES MELLITUS: La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad

Factores de Riesgo Modificables.

TABAQUISMO: El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA.

ALCOHOL: El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 Mg, y la PAD en 0.5 Mg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 Mg y PAD de 4.7 Mg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.

SEDENTARISMO: La vida sedentaria aumenta de la masa muscular(sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

NUTRICIONALES: Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

OBESIDAD: El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg de

aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 MG y la PAD de 1-3 Mg. La circunferencia abdominal de 85 cm, en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia, etc.

2.5 TRATAMIENTOS.

La prevención en la hipertensión arterial (HA) debe realizarse en el período latente que es variable en cada individuo y puede demorar años sin demostrar repercusión visceral (Marshall, 1984).

La posibilidad de tratamiento farmacológico y no farmacológico depende de varios factores, es así que muchos casos pueden ser tratados sin fármacos. El tratamiento no medicamentoso mediante la modificación de estilos de vida no saludables, ha demostrado su eficacia en toda persona hipertensa. Puede ser la única medida terapéutica en un gran número de situaciones (Bobadilla, 1989).

El tratamiento debe referirse al paciente y no aisladamente a las cifras de presión arterial (PA) elevada. Los objetivos del tratamiento del paciente hipertenso son alcanzar la norma tensión y el control de todos los factores de riesgo asociados, mejorar o al menos mantener la calidad de vida y evitar las complicaciones; de esta manera prolongar la vida (Mcgrady, 1992).

Tratamiento Farmacológico.

Entre las numerosas clases de agentes antihipertensivos disponibles, una lista adecuada a la situación actual sería (Calvo, 1996):

Serie 1: diuréticos

- Bloqueadores de los receptores adrenérgicos beta (o alfa-beta).
- Antagonistas del transporte de calcio.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I.
- Antagonistas de los receptores de angiotensina II.

Bloqueadores adrenérgicos alfa.

Serie 2: bloqueadores adrenérgicos de acción central (metildopa, clonidina).

Inhibidores neuronales periféricos (reserpina).

Serie 3: vasodilatadores periféricos directos (nitroprusiato, nitroglicerina, hidralacina, diasóxido, minoxidil).

En términos generales, todos los agentes de la serie 1 son efectivos en reducir la PA en un porcentaje alto de hipertensos. La elección debe ajustarse a cada paciente individual, basándose en varias consideraciones, algunas de las cuales se describirán más adelante. No hay aún, en muchos casos, una clara

evidencia sobre si los beneficios de tratar una hipertensión resultan del descenso de las cifras tensionales *per se*, o si radican en una particular propiedad de determinado agente; Sin embargo, existen estudios que justifican la elección de determinado fármaco, para determinados pacientes.

Diuréticos

Continúan siendo fármacos de primera línea en el hipertenso, con base a su efectividad en el control de las cifras tensionales (45 a 65% de los pacientes) y en la disminución de la morbimortalidad, comprobada en varios estudios randomizados.

Su tolerabilidad es buena. Se ha demostrado una reducción en la incidencia y severidad de los efectos adversos -principalmente hipopotasemia, hiperglicemia y dislipidemia- con el uso actual de dosis menores (equivalentes a 12,5 mg/día de hidroclorotiazida).

Los principales compuestos disponibles en nuestro medio en el momento actual son: las tiazidas (principalmente la hidroclorotiazida, los derivados sulfonamídicos (indapamida, xipamida), los diuréticos de asa (furosemida, torasemida) y los diuréticos ahorradores de potasio (amilorida, espironolactona, triamtireno).

Tiazidas, clortalidona, indapamida y xipamida tienen acción prolongada, lo cual les confiere una actividad antihipertensiva mantenida en las 24 horas y permite la indicación de una sola dosis diaria. Los diuréticos de asa, si bien son potentes, son de acción corta, lo que disminuye su preferencia en el tratamiento de la HA, aunque otros factores presentes en el paciente (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca) tienden a favorecer su indicación.

El uso de asociaciones de diuréticos, preferentemente combinando tiazidas con ahorradores de potasio (amilorida, espironolactona) puede estar indicado si existe riesgo aumentado de hipopotasemia. Inversamente, un riesgo elevado de hiperpotasemia puede contraindicar este uso. Las asociaciones más recomendadas son con betabloqueantes, inhibidoras de la enzima convertidora y antagonistas de los receptores AII.

Los diuréticos, para muchas escuelas, son los preferidos como segundo fármaco a asociar al primer agente hipertensivo, en caso de respuesta incompleta de éste.

En situaciones de disfunción sistólica en el hipertenso pueden ser el agente antihipertensivo de elección, dentro de una terapia combinada, al actuar favorablemente sobre ambas alteraciones: HA e insuficiencia cardíaca. La espironolactona, en el caso de insuficiencia cardíaca, ha mostrado evidencia de tener un efecto favorable sobre esta situación; y tiende a integrar el arsenal

terapéutico de esta situación, especialmente en la disfunción sistólica en el hipertenso.

Betabloqueantes

Pueden controlar adecuadamente la hipertensión en 50% de los casos. Estudios controlados de duración adecuada, han mostrado asimismo la reducción de la morbilidad, principalmente en accidente vascular encefálico y enfermedad coronaria, así como de la mortalidad.

Las contraindicaciones clásicas de estos agentes, principalmente la presencia o antecedentes de asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como el bloqueo AV de segundo y tercer grado, persisten en los mismos términos. No así la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo: en efecto, hay evidencia de un efecto favorable de estos fármacos, especialmente el carvedilol y el bisoprolol, en la terapéutica combinada de la insuficiencia cardíaca, en pacientes seleccionados. En el diabético, principalmente el diabético insulino-dependiente, su uso debe ser restringido, principalmente por el enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia.

El uso de los betabloqueantes se inclina, por las razones indicadas, hacia aquellos con propiedades de cardioselectividad (atenolol, metoprolol, bisoprolol), o con acción vasodilatadora o acción alfabloqueante agregadas (carvedilol), si bien

otros agentes, además de los citados (propranolol, oxprenolol y pindolol) mantienen su indicación.

De acuerdo a lo expresado al comienzo de este capítulo, los betabloqueantes están especialmente indicados en situaciones de asociación con otros factores de riesgo, especialmente con enfermedad coronaria, disección aórtica, arritmias supraventriculares o ventriculares y situaciones de insuficiencia cardíaca, en las que no haya contraindicaciones expresas y se guarde la debida vigilancia.

Antagonistas del calcio

Como se sabe, constituyen un grupo relativamente heterogéneo (con una propiedad común: la inhibición del transporte de Ca^{++} a través de la membrana celular) y con tres subgrupos con propiedades adicionales diferentes: 1) dihidropiridinas (prototipo nifedipina); 2) benzotiazepinas (prototipo diltiazem); 3) fenilalquilaminas (prototipo verapamil).

Las dihidropiridinas. Sus acciones son conocidas. Interesa aclarar su posición actual como medicación antihipertensiva, sobre todo en pacientes con factores de riesgo asociados como la enfermedad coronaria, ya que se ha discutido su inocuidad en estos casos. Actualmente se tiende a establecer una diferencia, ligada a la duración de acción: las dihidropiridinas de acción corta,

pueden dar resultados contraproducentes en estos casos, mientras que las de acción larga (amlodipina, lacidipina, felodipina) o en formas farmacéuticas de liberación sostenida (nifedipina oros, felodipina de acción retardada), no presentan estas contraindicaciones, como se ha mostrado en estudios controlados. En consecuencia se recomienda actualmente el uso de los antagonistas del calcio con acción prolongada.

Inhibidores de la enzima convertora (IECA)

Numerosos fármacos de este grupo se utilizan como agentes antihipertensivos. En el momento actual, la elección de agentes de este grupo depende en buena medida de su posibilidad de actuar frente a otros FRCV concomitantes.

Son ejemplos de esto: a) la situación postinfarto, en la que, en la etapa de remodelación, se ha demostrado el efecto beneficioso de los IECA, b) en el tratamiento combinado de la insuficiencia cardiaca, en el cual los IECA ocupan el primer lugar entre las medicaciones a utilizar; c) en el hipertenso con signos de HVI; d) en el hipertenso con nefropatía asociada, y en presencia de nefropatía diabética aún sin hipertensión.

Está en estudio, y existe comprobación clínica de su efectividad, la posibilidad de mejorar la disfunción endotelial, alterada en la HA del paciente con

compromiso vascular de distintos territorios. Los IECA con afinidad predominantemente tisular, como el ramipril y el quinapril, actúan en ese sentido.

Los IECA son en general bien tolerados, pero debe tenerse en cuenta sus contraindicaciones, tales como el embarazo, la posibilidad de hiperkalemia (sobre todo si se utilizan en asociación con otros agentes potencialmente hiperkalemiantes: diuréticos retensores de potasio (amiloride, triamtirene, espironolactona), suplementos de potasio, agentes antiinflamatorios no esteroideos, insuficiencia renal, o en APA como la estenosis renal bilateral. Un efecto colateral de relativa frecuencia (5 a 15% según los casos), es la tos irritativa, no productiva, a predominio nocturno que, si bien no es un factor riesgoso, puede ser molesto por su intensidad, o por ser una causa de fatiga y aún agotamiento en circunstancias especiales como la insuficiencia cardiaca avanzada, que pueden obligar a la suspensión de la medicación.

Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII)

Se ha incorporado este grupo al tratamiento de la HA. Hasta el momento los estudios clínicos han demostrado una efectividad similar a los IECA, y similares indicaciones, aunque faltan aún más elementos para definir eventuales diferencias. Un hecho clínico importante es la falta de producción de tos; la ausencia de este efecto colateral se debería a la ausencia de acción de los ARAII sobre la metabolización de la bradiquinina, ya que se considera a ésta como la responsable de la provocación de tos.

Hay varios compuestos en uso, pertenecientes a este grupo. En nuestro medio disponemos de: losartan, valsartan, irbesartan y telmisartan. Usados como monoterapia muestran una duración de acción (24 horas) similar a los IECA, y una eficacia antihipertensiva (relacionada a la dosis) similar. Aproximadamente permiten controlar la PA en algo más que 50% de los pacientes. Admiten la asociación con otros agentes, siendo al parecer la más eficaz, los diuréticos tiazídicos en dosis bajas.

Estudios clínicos ya finalizados, varios estudios en marcha, nuevos protocolos permitirán avanzar en la evidencia de los efectos de este grupo, en su comparación con los IECA, y en su influencia sobre el pronóstico de la HA.

Bloqueadores adrenérgicos alfa 1

Estos agentes producen vasodilatación al bloquear los receptores adrenérgicos alfa 1 a nivel vascular. Producen una disminución de la resistencia vascular periférica con poca variación del gasto cardíaco, que en general aumenta levemente. Tienen efectos metabólicos favorables sobre los glúcidos y los lípidos plasmáticos. Se debe comenzar con dosis bajas, preferentemente por la noche, a fin de evitar un eventual efecto de hipotensión ortostática, e ir aumentando la dosis gradualmente.

Adicionalmente producen mejoría de los síntomas obstructivos (e irritativos) de la hipertrofia prostática benigna, lo que puede ser una razón valedera de elección al tratar un paciente hipertenso en esas condiciones. En nuestro medio se conocen el prazosin, la doxazocina y la terazocina. Los agentes de este grupo pueden combinarse con otros antihipertensivos con buen resultado y tolerabilidad.

Terapia combinada de antihipertensivos.

Como se ha señalado, el porcentaje de resultados del control de las cifras tensionales en el hipertenso, oscila entre 50% a 65% en la mayoría de los casos. Ello indica la necesidad de aumentar este efecto a fin de lograr, o acercarse, a las cifras ideales. Una de las formas es aumentando la dosis del agente que brindó un resultado solo parcial. Si bien puede intentarse, frecuentemente aparecen efectos colaterales que pueden llevar al fracaso de esta maniobra. Actualmente se postula cada vez más la ventaja de agregar otro antihipertensivo (generalmente de un grupo distinto) al agente inicial. Ocasionalmente este sinergismo de medicación puede acompañarse de la disminución de las dosis de uno a ambos agentes, con buen resultado.

La combinación entre agentes de la Serie 1 siempre es posible, pero según la mayor parte de los autores, la adición de diuréticos tiazídicos (en dosis bajas) al agente inicial (fundamentalmente a betabloqueantes IECA y ARAlI) sería la mejor combinación.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

Evidencias recientes citadas por diferentes organizaciones de salud sugieren que las terapias no farmacológicas pueden disminuir la presión sanguínea levada y mejorar la eficacia de los agentes farmacológicos. En este contexto, las intervenciones farmacológicas pueden emplearse tanto como una intervención definitiva en la hipertensión leve a moderada.

El tratamiento no farmacológico podrá ser conducido por el médico tratante, o, según la modalidad de trabajo, pasará a ser conducido por un equipo, con la debida coordinación de funciones y de relación con el paciente. No debe disminuirse, sino por el contrario estimularse, el valor del auto cuidado como forma de aplicación del tratamiento (Mcgrady, 1992). Su enseñanza puede hacerse ya sea en forma individual por un integrante del equipo tratante, ó en forma grupal:

Las ventajas de las aproximaciones no farmacológicas son la reducción en los efectos colaterales adversos de los fármacos así como los costos de la medicación. Además, y significativamente, las intervenciones no farmacológicas generalmente contemplan la totalidad del perfil de riesgo.

Existen algunas intervenciones terapéuticas antihipertensivas no farmacológicas bien establecidas: reducción del peso, la restricción del sodio, la reducción en el consumo de alcohol, el ejercicio, la relajación y el manejo del estrés(Stuart, 1998).

Reducción de Peso.

La reducción del peso en los pacientes hipertensos obesos sería la primer estrategia de tratamiento para los pacientes hipertensos leves y una estrategia de tratamiento complementaria en todos los pacientes obesos que requieren medicamento.

Al parecer hay tres mecanismos por medio de los cuales los efectos de la pérdida de peso disminuyen la presión sanguínea. La respuesta inicial a una dieta baja en calorías es la natruresis con un decremento acompañado en el peso. Por lo tanto, ocurre un decremento en la actividad del sistema nervioso simpático y en la insulina plasmática.

Restricción de Sodio.

Los efectos de la restricción del sodio en pacientes individuales no pueden ser predichas con certeza. Aunque existe esta ambigüedad en el diagnóstico, también es cierto que la restricción de sodio generalmente ha mostrado ser benéfica en la disminución de la presión sanguínea y una restricción moderada no se ha asociado con alguna consecuencia adversa seria (Kannel, 1996).

La restricción del sodio ofrece ganancias en una variedad de formas. Cuando los pacientes se hacen más conscientes de su ingesta de sodio tienen una tendencia a restringir su ingesta calórica total facilitando así la pérdida de peso. Adicionalmente hay una tendencia a comer menos comida rápida o chatarra.

ALCOHOL.

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más tratables de la Hipertensión y se debe intentar siempre la modificación de esta conducta. La relación entre el consumo de alcohol y las elevaciones de la presión sanguínea es más evidente para la presión sanguínea sistólica que para la diastólica.

Además de las elevaciones en la presión sanguínea la ingesta de alcohol excesiva puede decrementar la adherencia a terapia, reducir la efectividad de los medicamentos antihipertensivos y ocasionalmente aumentar la incidencia de hipertensión refractaria.

EJERCICIO.

El interés en el ejercicio como una modalidad terapéutica para disminuir la presión sanguínea ha permanecido durante mucho tiempo. Si embargo la efectividad del ejercicio para disminuir la presión sanguínea aún no se ha demostrado claramente (Dueñas, 1995).

La Respuesta de Relajación y el Manejo del estrés.

La razón para el uso de terapias de relajación y el manejo del estrés en la hipertensión son los efectos de estas intervenciones sobre otros enfoques de tratamientos no farmacológicos. Las intervenciones no farmacológicas de cualquier clase requieren cambio conductual. El cambio conductual es estresante, la relajación y el manejo del estrés pueden facilitar muy bien la dieta y los cambios de ejercicio.

Capitulo 3.

AFRONTAMIENTO.

3.1 ESTRÉS.

El estrés es uno de los fenómenos más frecuentes de los tiempos modernos. En la actualidad parece que una de las condiciones naturales del hombre sea estar "estresado". Este fenómeno está vinculado a numerosas enfermedades, especialmente las cardiovasculares.

El estrés se refiere a la relación del individuo con el medio. Nuestro organismo siempre procura adaptarse a las agresiones que sufre y, en este proceso de adaptación, surgen los problemas de salud que pueden ser transitorios o crónicos, leves o graves. Se denomina síndrome de adaptación: nuestro organismo acaba adaptándose al estímulo agresor y aparecen las enfermedades (Mercado, 1992).

Hans Selye (1936), científico canadiense que describió el síndrome general de adaptación (SGA), detallo que cualquier estímulo externo o interno era potencial para provocar estrés y supuso una serie de respuestas (fase de alarma, resistencia y de claudicación) que decidían si el organismo se sobreponía o no; es entonces cuando se entiende que el estrés es una respuesta restauradora (Valdés y De Flores 1985, en Pastrana 1998).

El estrés casi siempre ha sido definido como un estímulo o como una respuesta; cuando se habla de la primera definición generalmente se centra en los

eventos del entorno, como desastres naturales, agresión al organismo, problemas familiares o laborales. La definición de estrés basada en un estímulo menciona que el estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo o que da lugar a una respuesta de tensión (Sotelo, 2000).

Las definiciones basadas con el concepto de estrés como una respuesta consideran que se produce cuando un individuo está dispuesto a reaccionar ante el estrés. Dentro de las definiciones basadas en la respuesta se encuentra la siguiente: estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental (Ivancevich y Matteson, 1989).

Lazarus en 1966 propone que la conducta y sus efectos condicionales están determinados por las condiciones, hipótesis, valores, percepción, creencias del individuo, etc., lo que empuja al empleo de variables cognoscitivas y por lo tanto a la conceptualización del estrés como un proceso dependiente de los significados para el sujeto (Lazarus y Folkman, 1991).

Al respecto, Lazarus y Cohen (1977) hablan de tres tipos de acontecimientos típicos como estímulos inductores de estrés:

- a) Cambios mayores que se refieren a desastres naturales que afectan a un gran número de personas.
- b) Cambios mayores que afectan a una o solo a pocas personas (la muerte de un familiar, enfermedad crónica. etc.)
- c) Situaciones cotidianas.

Todos los elementos anteriormente citados nos pueden llevar a una definición de estrés. Según una definición relativamente aceptada en el mundo de la Psicología (Lazarus y Folkman 1986), el estrés es resultado de una relación particular entre una persona y su ambiente, en la cual la persona evalúa su ambiente como algo amenazante, que excede sus recursos (habilidades), y que pone en peligro su integridad personal (Ferrer, 2000).

La actividad cognoscitiva, es una parte fundamental de la respuesta emocional; proporciona la evaluación del significado del cuál depende la emoción. El reconocimiento de las emociones tan específicas en lugar de varias dimensiones de estrés acerca del afrontamiento del individuo y su adaptación proporciona mucho mayor información que si se conoce solo si ha sufrido un daño, una amenaza o un desafío.

Dependiendo de las consecuencias que el estrés provoca puede llamarse Eustrés o Distrés.

El estrés que implica consecuencias negativas y que el individuo no puede controlar es llamado Distrés. El Distrés o estrés negativo sucede cuando un individuo no puede controlar el estrés, sus efectos son nocivos para la salud física y mental del individuo.

El Eustrés implica respuestas positivas a situaciones externas, es el tipo de estrés que ejerce en el organismo una función protectora y motivacional (Ocampo, 1994).

El estrés puede desencadenarse por causas externas e internas.

Causas externas: medio ambiente (ruido, luz, etc.), medio social (lugar de trabajo, relaciones interpersonales, etc.), organizativas (reglas, objetivos, etc.), grandes acontecimientos (muerte, separación, pérdidas, etc.), problemas cotidianos (rutina, tránsito, etc.).

Causas internas: estilo de vida, hábitos, pensamientos negativos, perfeccionismo, expectativas irreales, personalidad tipo A (nervioso), etc.

La respuesta individual al estrés es muy variable y está relacionada con las características de cada uno de nosotros. Por ejemplo, las personas nerviosas tienden a sufrir más de estrés.

Las situaciones nuevas, los desafíos y los problemas cotidianos también pueden volverse estresantes en función de nuestras características personales. Los cambios en nuestra vida pueden provocar estrés. Las frustraciones, los conflictos, la falta de adaptación personal, la pérdida de situaciones gratificantes, la escasez de dinero, en general, son situaciones estresantes, así como también las pérdidas afectivas, separación y divorcio.

Las situaciones ambientales también pueden ser generadoras de estrés: atrasos, problemas de tránsito, calor o frío excesivos. Las situaciones sociales, cambios económicos, conflictos y guerras son situaciones que generan estrés en las personas.

Las consecuencias del estrés (enfermedades, caída del rendimiento individual, disminución en nuestra calidad de vida), surgen cuando no podemos manejarlo o lo manejamos mal. Visto con un prisma más amplio, el estrés en una comunidad es un importante factor de disminución de las ganancias de una empresa. Visto con un prisma individual, la persona estresada vive menos y su vida es menos saludable y menos productiva. El estrés acelera el proceso de envejecimiento (Azevedo, 2001).

Fisiopatología

Nuestra respuesta fisiológica frente a un peligro inminente es la liberación masiva de adrenalina. Es una respuesta defensiva de nuestro organismo. El sistema límbico (emociones), el sistema nervioso autónomo (corazón, vasos sanguíneos, pupilas, tracto gastrointestinal), las amígdalas, el hipotálamo y la hipófisis (Memoria, conexiones), resumidamente, participan en el proceso.

La respuesta se caracteriza por la dilatación de las pupilas (mejora la visión), el aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial (lleva sangre a los músculos), taquipnea (lleva oxígeno a la sangre), erección pilosa (aumenta nuestro volumen corporal), sudor, aumento de la secreción gástrica, entre otras manifestaciones físicas (Labrador, 1993).

Nuestro organismo se pone más alerta y el cerebro recibe más sangre. Se produce un aumento de glucosa y colesterol en la sangre, para aportar energía adicional. Hay un aumento de plaquetas y factores de coagulación para ayudar ante la eventual pérdida de sangre. Nuestro organismo se prepara para la lucha o para la fuga, para enfrentar el peligro.

Hay aumento de la producción de ACTH y cortisol, hormonas que van a actuar sobre todo el organismo, alterando proteínas.

Hasta cierto punto, esas reacciones son fisiológicas, pero se transforman en problemas cuando adquieren un ritmo repetitivo, crónico. Ahí surgen las enfermedades, p.e.: hipertensión arterial y disminución de la resistencia inmunológica, lo cual facilita las enfermedades cardíacas y la aparición de infecciones y tumores.

Puede dividirse el estrés en 3 fases: aguda, de resistencia y de agotamiento. La fase aguda es la inicial, cuando el estímulo actúa sobre el organismo desencadenando la producción de las hormonas citadas. La

persistencia del estímulo estresante conduce a la fase de resistencia, cuando comienzan a aparecer síntomas vagos como palpitaciones, sudor, cefalea, falta de concentración, irritabilidad, etc. (Nogareda, 1994).

En el organismo humano surge una intensa sensación de fatiga, somnolencia, que se manifiesta al despertar. Ahí surgen las enfermedades.

El estrés produce manifestaciones físicas: cefalea, fatiga, dolores musculares, palpitaciones, insomnio, temblores, etc.; mentales: pérdida de la memoria, dificultad en la concentración, indecisión, pérdida del humor, etc.; emocionales: ansiedad, nerviosismo, fobias, depresión, irritabilidad, etc.; del comportamiento: alcoholismo, tabaquismo, polifagia, inapetencia, etc.(Peiró, 1993).

El estrés se manifiesta característicamente por una sensación de cansancio o fatiga, pero también puede manifestarse por dolores de cabeza o de espalda, adelgazamiento o tendencia a engordar, sensación de miedo, irritabilidad, depresión y falta de memoria.

La presión alta puede ser una manifestación de estrés, al igual que las palpitaciones y el dolor en el pecho. El sudor excesivo, principalmente en las manos, es un síntoma de estrés. A largo plazo, el estrés debilita nuestras defensas, facilitando infecciones e, inclusive, determinados tipos de cáncer (Rainham, 1994).

Dificulta el control sobre enfermedades como la diabetes, por ejemplo. Favorece la aparición de problemas como la gastritis, la úlcera duodenal y el infarto de miocardio.

3.2 Concepto de Afrontamiento.

Los médicos han reconocido desde hace tiempo que las personas son más proclives a enfermedades de todo tipo cuando están sometidas a un gran estrés. Los acontecimientos negativos, tales como la muerte de un ser querido, parecen causar el suficiente estrés como para reducir la resistencia del cuerpo a la enfermedad. Sin embargo, las circunstancias positivas, tales como un nuevo trabajo o el nacimiento de un bebé en casa, también pueden alterar la capacidad normal de una persona para resistir la enfermedad (Maestre, Romero, 2000).

Dentro de los factores personales que han mostrado estar muy relacionados con la aparición y mantenimiento del estrés se encuentran los estilos de afrontamiento, los patrones característicos del pensamiento, las creencias de control y auto eficacia, la fortaleza personal, los valores y las experiencias previas por mencionar los más importantes. Por otro lado los factores ambientales se refieren al apoyo social percibido por el individuo y las características propias de

los eventos externos como intensidad, duración y frecuencia, novedad y predictibilidad de los hechos.

La manera particular en que interactúen estas variables determinará si el individuo va a interpretar los eventos como irrelevantes, positivos o estresantes, esto último en función del grado de amenaza o peligro que representen tales eventos para la integridad física y psicológica del mismo.

Una vez que el individuo determina que el evento particular constituye una fuente de tensión, se inicia un proceso activo entre el individuo y su ambiente, que tiene como finalidad abordar dicho evento y reducir la tensión, el cual se denomina "Afrontamiento".

El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1985) como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas y / o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Así, al hacer referencia del afrontamiento se habla de un proceso más que de un rasgo.

Al definir el concepto de afrontamiento es necesario hacer referencia a la importante diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, ya que el afrontamiento se refiere se limita a las conductas que los sujetos evalúan como excedentes a sus propios los recursos.

Al hablar de afrontamiento como los esfuerzos para manejar las demandas del medio, permite incluir en este proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense independientemente de los resultados obtenidos y así disipar cualquier confusión entre el resultado obtenido y la forma de obtenerlo (Manne, 2000).

El afrontamiento es un proceso cambiante en el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias que le sirvan para resolver problemas, todo esto a medida que va cambiando su relación con el entorno, esto como conclusión de la referencia que se hace de las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, contradiciendo lo que generalmente hace o haría analizándolo dentro de un contexto específico, dirigiendo hacia las condiciones particulares las acciones y pensamientos de afrontamiento.

Las clasificaciones más conocidas en la literatura sobre el tema son las de Lazarus (1966) donde describen tres estrategias generales de afrontamiento:

- Afrontamiento Cognoscitivo – Activo: Se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento.
- Afrontamiento Conductual – Activo: Se refiere a las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.

-
- **Evitación del Afrontamiento:** Se refiere a evitar el problema o de reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer más.

3.3 Función del Afrontamiento.

Una característica importante de nuestra conceptualización es que el afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones.

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia, el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene y cada estrategia sirve a una función determinada. Esto es, las funciones no se definen en términos de resultados.

El afrontamiento puede servir a una de dos funciones y tiene una relación directa con el objetivo que persigue el individuo (Cohen, 1987):

1. Resolución de problemas: dirigido a manipular el problema.
2. Regulación de la emoción: dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

Nos referimos al primero como afrontamiento dirigido al problema y al segundo como afrontamiento dirigido a la emoción (Lazarus y Folkman, 1980)

AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA.

Son estrategias dirigidas a manipular el problema, las cuales se presentan cuando se considera que las situaciones estresantes pueden ser cambiadas.

Están dirigidas a definir el problema, a buscar soluciones alternativas, a ponderar costos y beneficios, y con base a lo anterior, llevarlas a cabo. Son un conjunto de estrategias que tienen como objetivo resolver el problema, las cuales conllevan un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, aunque también se pueden incluir estrategias que hacen referencia al interior del sujeto (Sotelo, 2000). Otra característica de esta categoría es que las estrategias dependerán de los tipos de problemas a afrontar. Las estrategias dirigidas al problema se categorizan en dos grupos:

- Estrategias que hacen referencia al entorno; que están dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos.

- Estrategias que se refieren al sujeto, se encargan de los cambios motivacionales o cognoscitivos, por ejemplo, variación del nivel de

aspiraciones, desarrollo de pautas de conducta, aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos (Kahn 1964 en Lazarus 1991).

Ahora bien, algunas veces las funciones de las estrategias dirigidas al problema y las funciones de las estrategias dirigidas a la emoción trabajan en forma conjunta, pero también pueden interferirse, facilitarse o impedir la aparición del otro. La función protectora del afrontamiento puede ser ejercida de tres maneras:

- ✓ Eliminando o modificando las condiciones que dan origen a los problemas.
- ✓ Controlando perceptualmente el significado de la experiencia de una manera que neutralice su carácter problemático.
- ✓ Manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de los límites manejables.

AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCIÓN.

Son estrategias dirigidas a regular los aspectos emocionales surgidos de la situación problemática, se presentan cuando ha habido una evaluación y esto ha determinado que no se puede hacer mucho para modificar la situación (aversiva, desafiante o amenazante), se pueden agrupar en cuatro grandes grupos:

- Procesos cognoscitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, por ejemplo: la evitación, la minimización, el distanciamiento, la

atención selectiva, las comparaciones positivas, la extracción de valores positivos a las situaciones negativas.

- Procesos cognoscitivos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional, se puede presentar de dos formas: a) algunas personas necesitan primero sentirse muy mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo experimentar primero un trastorno intenso para luego pasar al auto reproche o cualquier otra forma de auto castigo; b) se puede aumentar deliberadamente el grado de trastorno emocional para precipitarse a sí mismos a la acción.

- Estrategias cognoscitivas de *reevaluación*, dirigidas a modificar la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Son situaciones en que la amenaza se atenúa al cambiar el significado.

- Estrategias no necesariamente cognoscitivas (evitación, atención selectiva) que no cambian directamente el significado del acontecimiento, por ejemplo, el que la atención selectiva o la evitación cambien el significado de una situación dependerá de lo que sea tomado en cuenta o de lo que se quiera evitar.

3.4 RECURSOS DE AFRONTAMIENTO.

Un factor importante del proceso de afrontamiento, esta conformado por los recursos de afrontamiento, que se vinculan con la valoración secundaria. En este sentido, la forma de afrontar una situación determinada dependerá tanto de la evaluación cognoscitiva como de los recursos con que dispone el individuo y las limitaciones determinadas por el contexto de la interacción.

Lo cual significa que una persona puede tener muchos o pocos recursos y además que tiene la habilidad necesaria para implementarlos en las distintas demandas del entorno (Primomo,1990).

Los recursos de que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes son muy diversos. Según Folkman y Lazarus (1986) podemos señalar los siguientes:

1. Materiales y económicos.
2. Vitales: salud y energía.
3. Psicológicos: creencias positivas.
4. Técnicas de solución de problemas.
5. Habilidades sociales.
6. Apoyo social.

RECURSOS MATERIALES.

Este tipo de recursos hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Los recursos materiales aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes, ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.

SALUD Y ENERGÍA.

Estos factores facilitan el afrontamiento, es más fácil afrontar una situación cuando se encuentra bien que cuando uno se encuentra mal (una persona débil, cansada o enferma aporta menos energía al proceso de afrontamiento que una persona sana y en estado óptimo).

CREENCIAS POSITIVAS.

Son todas aquellas creencias que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las situaciones negativas. No obstante, algunas creencias pueden interferir, disminuir o inhibir el proceso de afrontamiento.

APOYO SOCIAL.

El hecho de contar con alguien para recibir apoyo social, informativo y/o tangible ha recobrado mucho interés tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social para ser considerado como recurso de afrontamiento.

TÉCNICAS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Son habilidades tales como: conseguir información; analizar situaciones, analizar posibilidades y alternativas; predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción adecuado.

HABILIDADES SOCIALES.

Se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Por medio de ellas se puede facilitar la resolución de los problemas en coordinación con otras personas y/ o aumentan la capacidad de atraer cooperación y apoyo.

CAPITULO IV
MÉTODO

Justificación

La transformación demográfica en combinación con el control de múltiples enfermedades infecciosas y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el patrón de morbilidad y mortalidad de nuestro país. Ha cambiado de lo que ocurría hace algunas décadas; actualmente las personas adultas (de 20 años de edad en adelante) representan más de la mitad de la población y las enfermedades que afectan a este grupo de edad constituyen las primeras causas de muerte dentro de la población general.

Entre las diferentes enfermedades destacan las del corazón los tumores, los accidentes, la diabetes, la enfermedad cerebro vascular y la cirrosis hepática. Se trata de un vasto campo de la salud que incluye una gran variedad de enfermedades con una compleja historia natural, que se están convirtiendo en el nuevo reto de la salud pública y de los servicios de salud.

Según estimaciones de la encuesta nacional de enfermedades crónicas (1993) la prevalencia de la hipertensión arterial es alrededor del 26.6 % lo que significa que existen actualmente alrededor de 10 millones de personas con hipertensión arterial en nuestro país (DGEI, 2001).

La enfermedad hipertensiva está asociada en forma estrecha con la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (primera causa de muerte en nuestro país) y con la enfermedad cardiovascular (sexta causa de muerte).

El reporte de vigilancia Epidemiológica de la Semana 20 del 2001 (D.G.E.2001) reporta 3,128,784 nuevos casos diagnosticados en el país, y en el Distrito Federal hasta el 19 de Mayo un total de 167,736 nuevos casos.

Planteamiento del Problema.

¿ Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos?.

HIPÓTESIS

Hipótesis conceptuales y estadísticas.

El tipo de estrategia de afrontamiento se relaciona con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Ho. Los niveles de adherencia no se relacionan significativamente con las estrategias de afrontamiento.

Hi. Los niveles de adherencia se relacionan significativamente con las estrategias de afrontamiento.

Ho. El tiempo de diagnóstico esta relacionado con el nivel de adherencia.

Hi. El tiempo de diagnóstico no esta relacionado con el nivel de adherencia.

OBJETIVOS

Los objetivos generales de esta investigación fueron:

- Identificar los niveles de adherencia terapéutica en un grupo de pacientes hipertensos.
- Identificar las estrategias de afrontamiento de un grupo de pacientes hipertensos.
- Correlacionar los niveles de adherencia terapéutica y las estrategias de afrontamiento.
- Correlacionar el tiempo de diagnóstico y el tiempo de acudir al médico.
- Correlacionar el tiempo de enfermedad y sus niveles de adherencia.

Objetivos particulares:

- Identificar las diferencias entre las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres.
- Identificar las diferencias en los niveles de adherencia entre hombres y mujeres.
- Identificar diferencias en las estrategias de afrontamiento entre grupos de edades.

-
- Identificar diferencias en los niveles de adherencia entre grupos de edades.

Definición de Variables.

Variables:

Variable Independiente: Estrategias de afrontamiento.

Variable dependiente: Adherencia terapéutica.

Definición Conceptual de Variables.

- **Afrontamiento:** Lazarus y Folkman (1991) lo definen como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas y/ o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.
- **Adherencia Terapéutica:** Weiss J. y Hutchinson S. (2000) definen la adherencia terapéutica como los cambios en la conducta de un paciente, que coinciden con las recomendaciones del médico, referente a tomar medicamentos, modificación de la dieta o en el estilo de vida.

Definición Operacional de Variables.

- **Afrontamiento:** Se determinó a partir del Cuestionario de modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarús y Folkman(1985).
- **Adherencia al tratamiento médico:** La adherencia se determinó a través del

Cuestionario exploratorio de adherencia al tratamiento.

SUJETOS.

Se trabajó con 300 pacientes hipertensos que acuden a 5 diferentes instituciones de salud. Que tuvieran por lo menos un año de diagnóstico de hipertensión esencial y que actualmente estuvieran bajo vigilancia y tratamiento médico.

Las edades de los sujetos fueron de entre 18 y 88 años.,183 sujetos fueron mujeres y 117 hombres.

Diseño.

Se trabajo con un diseño cuasiexperimental de muestras independientes obtenidas de la misma población y con una sola medición.

Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio evaluativo expost-facto y de campo en el sentido de que la aplicación se realizó en escenarios naturales (donde se encontraban los sujetos). Es un estudio empírico y sistemático en cuanto que el investigador no

hace manipulación de variable independiente alguna.

Instrumentos.

El cuestionario Modos de afrontamiento (Ways Of Coping), elaborado por la Dra. Susan Folkman y Richard Lazarus en 1980 y revisado por ellos mismos en 1985. Este instrumento se construyó para medir los estilos de afrontamiento al estrés.

Esta constituido por 66 reactivos y ocho escalas que se califican de 0 a 3 (ver nota.).

Las escalas de afrontamiento se derivaron del trabajo con adolescentes, desarrollaron las siguientes escalas o modos de afrontamiento.

- ❖ **Afrontamiento Dirigido al Problema:** Son acciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente al problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona. Los reactivos de esta escala son: 1,2,10,25,26,34,35,39,46,48,49,52,54,56,62,64.

- ❖ **Pensamiento Mágico:** Se refiere a las fantasías voluntarias y conscientes que realiza el sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa. Los reactivos de esta escala son: 11,36,55,57,58,59,65.

- ❖ **Distanciamiento:** El sujeto evade todo contacto con el problema y su

solución, para de esta manera reducir la angustia que éste le provoca. Esta compuesta por los reactivos: 3,4,12,13,21,24,41,47,50,53.

- ❖ **Búsqueda de Apoyo Social:** Describe esfuerzos para buscar apoyo informativo, búsqueda de una red de apoyo social que provea de solidaridad, consejo atención, información, auxilio y protección. Los reactivos que la integran son: 8,18,22,28,31,42 y 45.

- ❖ **Dirigirse a lo positivo:** Describe los esfuerzos para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal; manifestando una sensación positiva hacia los demás y en general una sensación de optimismo. Se integra por los reactivos: 5,15,20,23,27,30,37,38,44.

- ❖ **Autocrítica:** El sujeto reacciona con una conducta de auto castigo y crítica hacia sí mismo, lo que da como resultados un sentimiento de culpa. Los reactivos de la escala son: 9,29,51,61.

- ❖ **Reducción de la tensión:** Es el grado en que los sujetos usan conductas para promover o poner en riesgo la salud e incrementar o decrementar su bienestar físico; o bien pueden optar por la creación de paraísos artificiales para mitigar la realidad poco placentera. Se compone por los reactivos 6,7,16,17,19,32,33,63,66.

- ❖ **Introyección:** Describe esfuerzos del sujeto para regular sus sentimientos y

acciones. Guardan para sí mismos los efectos y sentimientos causados por el problema. Se integra por los reactivos: 14,40 y 43.

El cuestionario de Adherencia Terapéutica al tratamiento que se utilizó (anexo 2), donde se exploraron aspectos relevantes del seguimiento médico consta de 47 reactivos que fueron contestados en una escala de: de acuerdo, indeciso y desacuerdo. Se califica de 0 a 2. Los reactivos que se califican en forma inversa son: 2,3,5,6,13,15,19,20,23,25,31,32,42,44. Se divide en tres áreas que son:

- ❖ Seguimiento Médico: Se explora la constancia y la manera en que el paciente lleva a cabo las prescripciones médicas. Esta área se refiere a la participación voluntaria del paciente en la planeación e implementación del tratamiento. Consta de los reactivos 1,4,5,6,15,19,22,23,31,32,33,41,42.
- ❖ Estilos de Vida: Se refiere a la capacidad de auto cuidado y de modificación de conductas no saludables realizadas por el paciente, así como a los hábitos alimenticios y ejercicio. Incluye aspectos de apoyo social. Se compone de los reactivos: 11, 12, 13, 14, 17, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 36, 37, 39, 43, 45, 46, 47.
- ❖ Conocimiento de la enfermedad: Se explora la información que el paciente maneja acerca de en que consiste la enfermedad, el medicamento, el tratamiento; así como los cuidados que requiere el paciente y la frecuencia con que los lleva a cabo o no. Se comprende por los reactivos: 2, 4, 7, 8, 9,

10, 16, 18, 21, 29, 34, 35, 38, 40, 44.

PROCEDIMIENTO.

Esta investigación se llevó a cabo, con la colaboración del personal de cinco diferentes instituciones de salud (seguro social, secretaría de salud pública, ISSTE, clínica privada de salud) en las cuales se aplicaron los cuestionarios.

Los pacientes fueron contactados por medio de los servicios de trabajo social en las instituciones públicas y por el médico tratante en la atención privada.

Los pacientes fueron contactados individualmente en las salas de espera, para conocer el tipo de hipertensión y el tiempo de diagnóstico. Una vez que se conocía su situación y aceptaban contestar el cuestionario, que era aplicado verbalmente se les hacían cuatro preguntas sociodemográficas: edad, sexo, tiempo de acudir al hospital y tiempo de diagnóstico.

Para el cuestionario de adherencia se les dio la siguiente instrucción:

“ Este cuestionario pretende conocer la manera en que las personas siguen las instrucciones de su médico. Las respuestas son totalmente confidenciales, por lo cuál le pido conteste sinceramente. Las respuestas que usted, me debe dar son: De acuerdo, desacuerdo o indeciso. Evite

contestar indeciso."

Para el cuestionario de Modos de Afrontamiento se entregó una tarjeta que incluí las posibles respuestas: En absoluto, en alguna medida, bastante, en gran medida. La instrucción fue la siguiente:

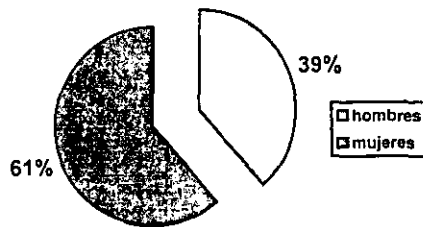
" Ahora, por favor piense en un problema reciente o en su enfermedad y manténgalo en su mente y con base en él me conteste las siguientes preguntas."

Una vez respondidos los cuestionarios se calificaron ambos instrumentos, se capturaron los puntajes en el programa estadístico SPSS versión 10 para conocer el Alfa general del cuestionario de Adherencia Terapéutica que obtuvo un valor de .82.

Capítulo V.
Análisis de Resultados.

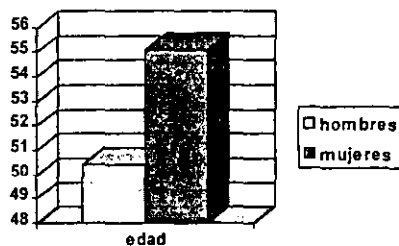
Una vez obtenidos los puntajes de los dos instrumentos, se procedió a realizar diferentes cálculos estadísticos utilizando el paquete SPSS. 10. El primer procedimiento estadístico fue un análisis de frecuencia para saber como se distribuía la muestra.

La población participante en esta investigación fueron 300 pacientes hipertensos esenciales primarios de los cuales 117 fueron hombres y 183 mujeres (gráfica 1).



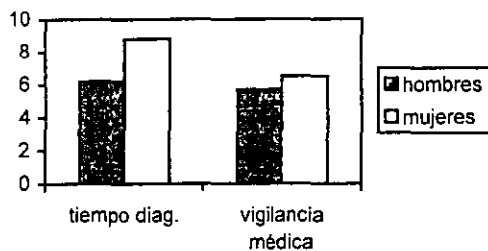
Gráfica 1. Distribución de sexo en la población.

La edad promedio de la muestra fue de 53.28. Las mujeres tienen como promedio una edad de 55.09 años y los hombres de 50.43 años (gráfica 2).



Gráfica 2. Distribución de Edad en la muestra.

El tiempo de diagnóstico para las mujeres es en promedio de 8.8 años y para los hombres de 6.2 años. El tiempo de tener vigilancia médica permanente para los hombres es de 5.7 años y para las mujeres de 6.5 años (gráfica 3).



Gráfica 3. Tiempo de diagnóstico y supervisión médica en la población.

De acuerdo al análisis estadístico en el programa SPSS.10. Las normas de calificación para el cuestionario de Adherencia y para cada una de sus dimensiones ubican a los pacientes con una adherencia media (tabla 2).

Categoría	Puntaje	Numero sujetos
Muy baja	0-54	13
Baja	55-63	28
Media	64-81	197
Alta	82-90	59
Muy alta	90 más	3

Tabla 2. Calificaciones para el cuestionario de Adherencia.

Para la dimensión de Seguimiento médico las calificaciones se muestran en la tabla 3.

Categoría	Puntaje	Numero sujetos
Muy baja	0-14	10
Baja	15-17	56
Media	18-23	177
Alta	24-26	56
Muy alta.	27 más	1

Tabla 3. Calificaciones para la dimensión de Seguimiento médico.

La tabla 4 muestra los puntajes para la dimensión de Conocimiento de la enfermedad.

Categoría	Puntaje	Numero sujetos
Muy baja	0-15	4
Baja	16-19	36
Media	20-27	240
Alta	28-31	18
Muy alta.	32 más	2

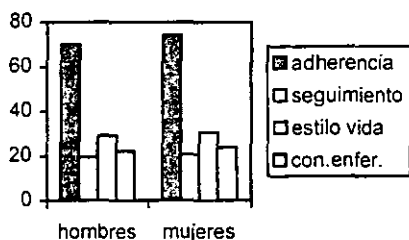
Tabla 4. Normas de calificación para Conocimiento de la enfermedad.

Los puntajes para la calificación de la dimensión Estilos de vida se muestran en la siguiente tabla.

categoria	Puntaje	Numero sujetos
Muy baja	0-21	9
Baja	22-25	30
Media	26-33	204
Alta	34-38	55
Muy alta	39 más	2

Tabla 5. Puntajes de calificación para Estilos de vida.

El promedio de Adherencia para la población fue de 72.58 para la población en general. Los hombres tienen una media de 70.08 y las mujeres de 74.17. En la dimensión de Estilos de vida los hombres obtuvieron un puntaje de 29.12 y las mujeres 30.62, en seguimiento médico los hombres obtuvieron 19.43 y las mujeres 20.66, en la tercera dimensión de conocimiento de la enfermedad los hombres tuvieron una calificación de 22.06 y las mujeres de 23.73 (gráfica 4).



Gráfica 4. Calificaciones para el cuestionario de Adherencia en Hombres y mujeres.

Las normas de calificación para el cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés en general se muestran en la tabla 6.

Categoría	Puntaje	Numero sujetos.
Bajo	0-61	42
Medio	62-103	220
Alto	104 más	38

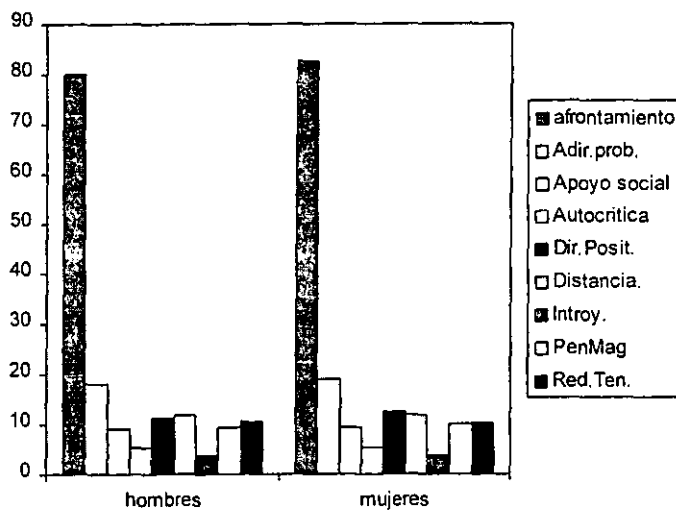
Tabla 6. Normas de calificación para el cuestionario de Modos de Afrontamiento.

La tabla 7 muestra las normas de calificación para cada una de las dimensiones del Cuestionario Modos de Afrontamiento, así como el número de sujetos en cada categoría.

Dimensión	Categoría	Puntaje	Numero sujetos.
Afrontamiento Dirigido al problema.	Bajo	0-13	49
	Medio	14-25	213
	Alto	26 más	38
Dirigirse a lo Positivo.	Bajo	0-8	54
	Medio	9-16	205
	Alto	17 más	41
Apoyo social	Bajo	0-5	35
	Medio	6-13	231
	Alto	14 más	34
Introyección	Bajo	0-2	73
	Medio	3-6	205
	Alto	7 más	32
Pensamiento mágico	Bajo	0-6	63
	Medio	7-14	196
	alto	15 más	41
Reducción de la tensión	Bajo	0-6	44
	Medio	7-14	205
	alto	15 más	51
Autocrítica	Bajo	0-3	68
	Medio	4-6	144
	alto	7 más	88
Distanciamiento.	Bajo	0-8	31
	Medio	9-16	235
	alto	17 más	34

Tabla 7. Puntajes para cada categoría del Cuestionario Modos de Afrontamiento.

Para el cuestionario de Modos de Afrontamiento la media general fue de 81, la gráfica 5 muestra los puntajes para los hombres y las mujeres en cada dimensión. En donde el promedio de afrontamiento para las mujeres fue de 82.48 y de los hombres de 80.10.



Gráfica 5. Puntuaciones para el cuestionario de Modos de Afrontamiento.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Se aplicó un procedimiento de la estadística paramétrica de la prueba t que se realiza con la comparación de medias, permitiendo determinar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones de los hombres y las mujeres.

En la tabla 8 solo se muestran las escalas que presentan diferencias estadísticamente significativas.

Variable	Grupo	Media	D.E	t	α
Adherencia	Hombres	70.08	10.60	-3.38	.001
	Mujeres	74.17	9.94		
Conocimiento De la enfer.	Hombres	3.29		4.04	.000
	Mujeres	3.51			
Dirigirse a lo positivo	Hombres	11.47	4.34	1.87	.063
	Mujeres	12.41	4.17		
Edad	Hombres	2.60	1.17	2.18	.030
	Mujeres	2.89	.97		
Estilo de Vida	Hombres	29.12	5.57	2.62	.010
	Mujeres	30.62	3.48		
Seguimiento Médico	Hombres	19.43	3.3	3.07	.002
	Mujeres	20.66	3.43		
Tiempo de Diagnóstico.	Hombres	6.25	6.73	2.86	.005
	Mujeres	8.89	9.19		

Tabla 8. Prueba t de Student.

Uno de los objetivos de esta investigación fue correlacionar los puntajes de las dimensiones de ambos instrumentos, por lo cual se aplicó la prueba estadística de Spearman, que se muestra a continuación.

	edad	sexo	tichos	tiendia	adprob	intro	pensam	dist	apoyos	dipost	autoc	Segmed.	Ev/da.	c enf	Af.
Sexo	.139**														
Ti.Diag.			.411**												
Introy					.296**										
Pen.Mag.					.532**	.246**									
Distan.					.486**	.339**	.386**								
Apoyo					.434**	.306**	.342**	.334**							
D.posit.					.539**	.229**	.465**	.399**	.505**						
Autocr.					.507**		.338**	.248**	.393**	.369**					
Red.T.					.369**	.239**	.337**	.250**	.326**	.260**	.237**				
Seg med	.320**	.172**			.187**		.167**		.184**	.312**					
Estvida		.209**		.212**					.153**	.202**		.574**			
C.Enfer	.259**	.228**			.177**				.214**	.293**		.469**	.443**		
Adheren	.320**	.247**		.219**	.185**				.218**	.294**		.812**	.798**	.757**	.170**
Afronta					.815**	.451**	.701**	.624**	.640**	.710**		.197**	.130**	.156**	

** Correlation is significant at the .01 level (1-tailed).

Las diferencias significativas que se presentaron entre hombres y mujeres fueron principalmente en el cuestionario de Adherencia total, así como en sus tres dimensiones. En el cuestionario de Afrontamiento las diferencias significativas se presentan en la escala de dirigirse a lo positivo. Dentro de los datos demográficos se observan diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de diagnóstico y edad.

Las correlaciones entre las dimensiones de afrontamiento y afrontamiento dirigido al problema, pensamiento mágico y afrontamiento, dirigirse a lo positivo y afrontamiento, son significativas, es decir, existe una tendencia a que los

pacientes que presentan un buen afrontamiento tengan de la misma manera una búsqueda de estrategias para solucionar su problema, buscando información, consejo o atención real, teniendo esfuerzos obteniendo resultados positivos, generando una sensación de optimismo. Sin embargo también existe una tendencia a crear fantasías para tratar de mejorar su problema.

De igual forma se indica una correlación significativa en las escalas de seguimiento médico y adherencia terapéutica, estilos de vida y adherencia, adherencia y conocimiento de la enfermedad, es decir existe, una tendencia a presentar constancia al llevar a cabo de manera voluntaria las prescripciones o indicaciones médicas, obteniendo información eficiente sobre su enfermedad, propiciando la capacidad de auto cuidado y modificación de estilo de vida.

Las correlaciones moderadas de la escala de afrontamiento se presentan en las dimensiones de pensamiento mágico- afrontamiento dirigido al problema, búsqueda de apoyo social- afrontamiento dirigido al problema-dirigirse a lo positivo, afrontamiento dirigido al problema, dirigirse a lo positivo- autocrítica. En adherencia las dimensiones de seguimiento médico y estilo de vida presentan una correlación moderada positiva.

CAPITULO VI.

Discusión y Conclusiones.

Los pacientes hipertensos que contestaron los cuestionarios en su mayoría fueron mujeres de 55 años de edad en promedio, lo que coincide con los resultados de diversas investigaciones, las cuales refieren que las mujeres en edad menopáusica tienen mayor riesgo de desarrollar hipertensión.

De igual manera, Muehrer, (2000) ha observado que los pacientes de mayor edad presentan mejor adherencia al tratamiento, a excepción de los pacientes mayores de 75 años en los que la presencia de otras enfermedades empeora el cumplimiento.

Los hombres de la muestra reportan un menor número de años de diagnóstico así como un menor número de años con vigilancia médica permanente en comparación con las mujeres, aunque los hallazgos médicos señalan que la prevención en la hipertensión arterial (HA) debe realizarse en el período latente, para esta población el tiempo de vigilancia médica permanente es inferior al tiempo del diagnóstico inicial, lo que sugiere por lo menos 1 año aproximadamente sin supervisión médica.

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la adherencia que reportan los pacientes hipertensos a los tratamientos médicos, ya que las puntuaciones obtenidas en la aplicación del cuestionario de adherencia terapéutica fueron de 22 puntos para el más bajo y 94 puntos para el más alto de un máximo de 94 puntos.

Al realizar el análisis de resultados por medio de la prueba estadística t se encontró que las mujeres que padecen hipertensión arterial tienen un nivel significativamente más alto, en la escala de adherencia que la obtenida por los hombres.

Al respecto existen evidencias que demuestran que la interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto (Sheridan, 1992).

Las mujeres del presente estudio muestran una diferencia significativa con los hombres respecto al seguimiento médico, al conocimiento de la enfermedad y estilos de vida, lo cual se asemeja a lo propuesto por Rodríguez (1998), quien afirma que la supervisión cercana del médico y la asistencia a consulta con periodicidad crea mayores posibilidades de adherirse a un tratamiento.

Anderson en (1988) señaló que las enfermedades crónicas implican ajustes mayores en el individuo ya que exigen cambios en diversas esferas de funcionamiento y se extienden por un tiempo prolongado indeterminado. Por lo tanto los individuos que padecen enfermedades crónicas así como su núcleo familiar deberán aprender a manejar el estrés para lograr una mejor calidad de vida y vivir con la enfermedad y mientras mayor sea el número de años de diagnóstico mejor será su adherencia al tratamiento. En esta población las mujeres reportan un mayor número de años de enfermedad, lo que según Anderson (op.cit.) favorece su adherencia al tratamiento médico.

Las fallas en la adherencia a los tratamientos se deben a varias razones; el olvido, la falta de disciplina, la negación de su condición de enfermo, el miedo a los efectos colaterales, la información inadecuada del médico, al grado de cambio requerido, etc.

De acuerdo a lo anterior, quienes sufren enfermedades crónicas deben adoptar estrategias para hacer frente a los problemas que representa su enfermedad y de esta manera minimizar la gravedad del trastorno, otros por el contrario buscan información relevante para enfrentar los problemas asociados a la enfermedad y su tratamiento.

En el área de afrontamiento, la dimensión que presentó diferencias significativas entre hombres y mujeres fue afrontamiento dirigido al problema, siendo las mujeres quienes obtuvieron mayor puntaje, es una estrategia dirigida a definir el problema, a buscar soluciones alternativas, a ponderar costos y beneficios. Sotelo (2000) afirma que llevar a cabo estas estrategias tiene como objetivo resolver el problema, y conlleva un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, aunque también se pueden incluir estrategias que hacen referencia al interior del sujeto. Lo cual explica el nivel más alto de adherencia en las mujeres.

Las correlaciones del cuestionario de afrontamiento permiten observar que los pacientes hipertensos de estas instituciones de salud orientan sus esfuerzos y acciones a reaccionar ante los cambios que representa su enfermedad. De esta manera el dirigirse a lo positivo, implica conductas asociadas a incrementar y/o mejorar los recursos del individuo ante la hipertensión, es decir, cambios en el estilo de vida, disminución de conductas de riesgo dentro de su repertorio

conductual así como la adquisición de nuevas conductas.

La búsqueda y presencia de apoyo social por parte de la familia, amigos o profesionales de la salud, permite al enfermo obtener una visión diferente acerca de la naturaleza y consecuencias de su enfermedad, del auto cuidado y de las acciones asociadas a un tratamiento exitoso.

Algunos autores afirman que el hecho de contar con alguien para recibir apoyo social, informativo y/o tangible es un recurso de afrontamiento ante la enfermedad y actualmente se ha recobrado el interés tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social y se ha considera un factor de protección.

El cuidado que realiza este grupo de apoyo respecto al cumplimiento de las prescripciones médicas (alimentación, ejercicio, etc.) favorece el seguimiento médico, aunque en ocasiones incrementa la dependencia del paciente respecto a los miembros de la familia, disminuyendo la responsabilidad y cooperación del enfermo para llevar a cabo el régimen médico.

Entre las correlaciones más relevantes de los resultados, llama la atención la presencia del pensamiento mágico, ya que este tipo de enfermos tiene la tendencia a combinar diversos tipos de servicios. Existen investigaciones que muestran que los enfermos crónicos utilizan los servicios médicos modernos como los tradicionales, incluso los de tipo mágico-religioso.

La característica central de las enfermedades crónicas – su permanencia en el tiempo- favorece esta conducta; ya que los pacientes crónicos en su etapa inicial disponen de tiempo para intentar diversos tratamientos, en este sentido, mientras que en el sector médico prevalece una lógica excluyente, en la población puede encontrarse una lógica aditiva que justifica la utilización de diferentes alternativas al mismo tiempo o secuencialmente. Sin embargo, la utilización de este tipo de servicios a largo plazo, incrementa la posibilidad de complicaciones mayores y secuelas, que muchas ocasiones ponen en riesgo la vida de los enfermos, dificultando la adherencia a un solo tratamiento, generando un alto costo a las instituciones de salud.

Existen investigaciones donde se afirma que las tasas bajas de adherencia ocurren en pacientes que tienen desordenes crónicos con molestias o riesgos no inmediatos, cuando se requieren cambios en el estilo de vida, y cuando el resultado es la prevención y no el alivio del síntoma (Mann, 1993).

Aunque la mayoría de la población reportó una adherencia media, existen pacientes que reportan niveles muy bajos de adherencia que necesitan ser tomados en cuenta, se sabe que el éxito de los tratamientos no sólo depende de su efectividad, sino que además depende de las conductas asociadas al tratamiento que ayuden a mejorar o aliviar los síntomas, es decir, la manera en que el paciente interprete su enfermedad.

La baja adherencia terapéutica es considerada un problema de conducta y por lo mismo, es una de las principales metas de la medicina conductual, y campo de acción del psicólogo, en el sentido de que la meta es la modificación de conductas del paciente, asociadas al estado de salud y que interfieren en el desarrollo satisfactorio de un tratamiento.

La comunicación entre médico y paciente es muy importante en la adherencia terapéutica, por lo que es necesario que el médico no solo conozca la enfermedad, cuyos signos y síntomas tratan de identificar, sino el padecimiento, es decir, la forma como el sujeto experimenta su enfermedad y el significado que le atribuye: su respuesta como persona.

Resulta importante dotar al individuo de recursos y habilidades para mejorar sus estilos de vida y modos de afrontamiento, por medio de educación para la salud, no sólo como información, sino como aprendizaje (modificación de conducta) en los pacientes diagnosticados y en los que se encuentran factores de riesgo latentes para desarrollar la hipertensión, lo cual no solo favorecerá la adherencia terapéutica a los tratamientos médicos, sino que disminuirá la aparición de enfermedades colaterales en el largo plazo, y el estrés ocasionado por la enfermedad.

La suposición básica en la que se fundamenta la medicina conductual como disciplina es que los cambios en comportamiento y en estilo de vida pueden mejorar la salud, reducir los síntomas de la enfermedad y prevenir la

enfermedad. Más de veinticinco años de investigación, práctica clínica e intervenciones en medicina conductual orientadas hacia individuos y la comunidad han mostrado que los cambios en el comportamiento pueden ayudar a las personas a sentirse mejor física y emocionalmente y mejorar su estado de salud (Reynoso, 2000).

Con base en los resultados de nuestra investigación proponemos la prevención de complicaciones mayores en los pacientes hipertensos por medio del aumento en las habilidades de auto cuidado personal y el mejoramiento de habilidades para vivir con una enfermedad crónica. Las posibles complicaciones mayores que comúnmente se presentan son:

- Aumento de la cantidad de trabajo del corazón y de las arterias.
- A medida que se envejece, las arterias se endurecen y se hacen menos elásticas. Esto ocurre gradualmente en todas las personas, aunque no tengan la presión arterial alta. Pero con la presión arterial alta esto tiende a acelerarse.
- El riesgo de un derrame cerebral también aumenta si se tiene la presión arterial alta.
- La presión arterial alta no controlada puede también dañar los riñones.
- Tres veces más posibilidades de desarrollar enfermedades de las arterias coronarias.
- Seis veces más posibilidades de desarrollar insuficiencia cardiaca congestiva.

- Siete veces más posibilidades de tener un derrame cerebral.
- Arteriosclerosis
- Cardiopatía hipertensiva

✚ **Habilidades de auto cuidado personal.** Dentro de las habilidades de auto cuidado se encuentra el cuidado de la alimentación, es decir, el paciente deberá informarse y aprender los grupos de alimentos que no debe comer y las consecuencias que tendrá si los consume, además de aprender a crear una dieta balanceada y fortalecer la actividad física.

A continuación se le presenta una lista que deberá ser entregada a los pacientes por su médico, contiene los alimentos que no debe comer y las consecuencias de su consumo.

X ALIMENTOS QUE NO DEBO COMER O DEBO EVITAR.	¿ QUE PASARA EN MI CUERPO?
CHOCOLATE MANTEQUILLA MAYONESA EMBUTIDOS LECHE DE ESTABLO CARNE DE PUERCO	Estos alimentos cuentan alto nivel de grasas, lo que provoca el aumento de colesterol, favoreciendo el endurecimiento de sus arterias y venas, haciendo más difícil el control de la presión arterial. En algunas personas causa dolor de cabeza por las tardes, zumbidos en los oídos o ven lucécitas.
EVITE EL CONSUMO DE SAL.	Hay veces que las arterias son más sensibles a la sal y se contraen si la come, aumentando su presión sanguínea.
RECUERDE TOMAR MUCHA AGUA.	La sal es eliminada por el sudor y la orina, si usted toma mucha agua sus arterias no se contraerán y tendrá una buena presión arterial.

Ya usted sabe lo que no debe comer, ahora se le sugiere una forma de balancear su comida, según sus necesidades alimenticias, es decir, si cree que no es suficiente lo que come para su actividad física, entonces tiene la opción de comer doble porción de fruta o jugo, recuerde que lo natural es lo mejor.

☺ ☺ ESTA ES LA MEJOR DIETA PARA USTED ☺ ☺	
DESAYUNO	Jugo de fruta natural 1 Rebanada de pan tostado con margarina o mermelada 1 Plato de fruta con cereal 250 ml de leche semidescremada Podría tomar café <u>descafeinado</u>
COMIDA	Fruta Sopa de verduras o caldo de pescado o pollo o sopa de pasta hervida (elimine toda la grasa posible) 150 gramos de carne de res ò una pieza de pollo ò pescado asado o hervido Verduras cocidas Pan o tortillas Agua de frutas
CENA	1 taza de té Rebanada de pan con mermelada Fruta

Manual de factores de riesgo de enfermedades del corazón (Reynoso y Seligson, 2001)

Otra de las habilidades que el paciente debe adquirir o incrementar es el ejercicio físico, si no realiza o realiza poco ejercicio, el corazón trabaja más veces, teniendo más latidos cardiacos, al hacer ejercicio el corazón mejorará su función poco a poco, latiendo menos por minuto ahorrando energía.

Ahora le presentamos una pequeña lista de ejercicios que usted podrá hacer sin necesidad de ir al gimnasio y los tiempos en que los deberá realizar.

RECUERDE!!!!		
<p>Antes de empezar, cuente los latidos de su corazón durante un minuto, poniendo su dedo índice en el cuello o en la muñeca, si sus latidos están entre 60 y 90</p> <p>¡COMIENCE AHORA. !</p>		
EJERCICIO	TIEMPOS	OBSERVACIONES
CAMINATA	INICIE LA CAMINATA POR 2 MINUTOS, LA CAMINATA DEBE SER APARTE DE LO QUE CAMINA PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS	PASANDO LOS 2 MINUTOS VUELVA A CONTAR SUS LATIDOS, SI ESTOS NO PASAN DE 120 CONTINUE CON OTROS 2 MIN. VUELVA A CONTAR SI SUS LATIDOS PASAN DE 120 SUSPENDA.
ABDOMINALES Y SENTADILLAS.	COMIENCE EN 5 MINUTOS.	CUENTE SUS LATIDOS DE LA MISMA FORMA QUE EN LA CAMINATA, SOLO REALICE ESTE EJERCICIO SI NO SE ESFUERZA DEMASIADO NI TIENE CONTRA INDICACIONES

✎ **Habilidades para vivir con enfermedades crónicas:** El objetivo de desarrollar habilidades en los pacientes para vivir con enfermedades crónicas es que cuenten con alternativas educativas y de aprendizaje para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas con énfasis en la auto evaluación y el establecimiento de metas de tratamiento.

Entre las estrategias propuestas para el manejo de las enfermedades crónicas se encuentran:

✓ *Habilidades de Auto monitoreo.*

- * Monitoreo de Síntomas.
- * Medición de presión sanguínea en casa.
- * Peso.
- * Monitoreo de tasa cardíaca.

Dentro del monitoreo, la vigilancia médica es una de las habilidades que se deben crear o fortalecer. A continuación se presenta un formato en donde se establecen las diferentes categorías de monitoreo.

		TASA	PRESIÓN
FECHA	PESO	CARDÍACA	SANGUÍNEA.

Ahora se presentan unos formatos en los que puede marcar las fechas, hora y dosis de los medicamentos; así como la hora y fecha de las citas,

EN CUANTO LE DEN FECHA DE SU PROXIMA CITA ANOTELA		
MES	DIA	HORA

ENCUANTO LE DEN SUS MEDICAMENTOS HORA Y CANTIDAD.			
ANOTELA!!!			
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	HORARIO EN QUE LO DEBE TOMAR	CANTIDAD DEL MEDICAMENTO	SINTOMAS

RECUERDE COLOCARLOS EN UN LUGAR VISIBLE!!!!

- * *Señales de advertencia y manejo del estrés.* En el manejo de factores asociados al estrés, es importante que se entrene al paciente en el reconocimiento del origen de su estrés, síntomas y factores personales que provocan estrés, que debe ser llevado a cabo por un psicólogo.

-
- * **Relajación.** El entrenamiento en relajación debe llevarse a cabo por un psicólogo, tomando en cuenta las contraindicaciones de algunas técnicas.
 - * **Fortalecimiento de conductas de afrontamiento.** Debe ser manejado de manera individual y tomando en cuenta las características y recursos con los que cuenta cada uno de los pacientes.
- *Establecimiento de metas:* Es un proceso activo en el cual el paciente piensa y propone los objetivos de su tratamiento a corto, mediano y largo plazo, así como la elaboración de evaluaciones por parte del personal de salud y del paciente respecto a su evaluación.

Nota: Cualquier asunto relacionado con los cuestionarios favor de remitirse al cubículo del Dr. Leonardo Reynoso o a los correos electrónicos:

le.reynoso@unahms.gub.mx

le.reynoso@unahms.gub.mx

REFERENCIAS.

-
- ☞ Azevedo, J.R.(2001)Estrés: el mal del milenio. En www.bibliomed.com/lib/showDoc.cfm?
- ☞ Becker,M H.(1985) Patient adherence to prescribed therapies.Medical Care. 23 234-508.
- ☞ Bethesda,M. (1999) Research on Cross-Cutting principles of Behavior Change, adherence and mental health. Natioanl Institute of Mental Health Workshop. 13(2) 92-97.
- ☞ Bobadilla,J.,Frenk,J. (1989) The epidemiologic transition and health priorities. Mimeografiado. Institute public national Health. 1-23.
- ☞ Bullé, G.M. (1994) Psicología en el ambiente de la salud pública; perspectivas de un modelo psicológico para la investigación y la prevención. Psicología y Salud. 3 (1)
- ☞ Caballo, V.E.(1995) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo veintiuno. España.
- ☞ Calvo, V.C., Parra, C, J.Z., (1996) Efectos de los medicamentos antihipertensivos en el ritmo circadiano de la presión arterial. Hacia un nuevo paradigma. Revista Mexicana de Cardiología. 7 (3) 110-117.

-
- ☞ Carballido, V.S., Valderrama, I.P.(1992) Estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y niveles de ansiedad en mujeres con cáncer ginecológico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- ☞ Castañeda, P.P. (1998) Funcionamiento de la estructura familiar y la adherencia Terapéutica en escolares con anemia aplástica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- ☞ De la Noval, G.R., Debs, P.G.(1999) Control de la hipertensión arterial en el "proyecto de 10 de Octubre". Revista Cubana de Cardiología, circular y cardiovascular. 13(2). 136-141.
- ☞ Dirección General de Estadística e Informática (2001) Secretaría de salubridad y Asistencia.
- ☞ Dueñas.A.(1995) Educación al paciente Hipertenso. Manual de entrenamiento para el personal de la salud. La Haban. Ciencias médicas. 6 (19).
- ☞ Follé, L.E. (2000) Hipertensión Arterial. Plan básico de Control y manejo de la hipertensión a nivel APS. Ministerio de la Salud pública. Prevención y control de enfermedades cardiovasculares. Montevideo.
- ☞ Franch, V.V.J.M., Conde, L.J.A, Blanco, G (2001) Incumplimiento Terapéutico: Concepto, magnitud, factores relacionados. Medidas de

actuación propuestas por el programa para el hospital de día psiquiátrico.
Intrapsiquis. 1(2) 83-109.

☞ Goldberger, S. (1993) Coping with the chronic illness. Mc Graw Hill. New York.

☞ González, D.L. (1980) Primer curso interamericano sobre hipertensión arterial. Ediciones Médicas. México.

☞ Ivancevich, J. (1989) Estrés y trabajo. Una perspectiva gerencial. México Trillas.

☞ Kannel, W.B. Rodríguez, R. (1996) Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. JAMA, 275, 1571-6.

☞ Labrador, F.J. (1993) Estrés trastornos psicofisiológicos. Madrid. Eudema.

☞ Latorre, J. (1994) La Psicología en el proceso de salud y enfermedad. La necesidad de una redefinición conceptual y práctica. Psicología y Salud. 15(74) 4-16.

☞ Lazarus, R., Folkman, S. (1991) Estrés y procesos Cognitivos. México Ediciones Roca.

-
- ∞ Ley, P. (1986) Cognitive variables and noncompliance. Journal of compliance in Health.

 - ∞ Lombera, R.F., Barrios, M.P. (2000) Guías de práctica de clínica de la sociedad Española de Cardiología en H.A. Revista Española de Cardiología. 53(1) 66-90.

 - ∞ McGrady A, Fine, T.H. (1992) The effect of biofeedback assisted relaxation on blood pressure and selected biochemical parameters in patients with essential hypertension. Biofeedback and Self-regulation. 6,343-354.

 - ∞ Mann, C.M.S.(1993) Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica. Traducción Proyecto: Entrenamiento en Habilidades conductuales para profesionales de la salud del PAPAIME. U.N.A.M.

 - ∞ Manne, S., Glassman, M. (2000) Perceived control, coping efficacy and avoidance coping as mediators between spouses. Unsupportive behaviors and cancer patient's. Psychological Distress. Health psychology. 19(2) 155-164.

 - ∞ Marshall, A.J. (1984) El paciente Hipertenso. Salvat. España

-
- ☞ Martín, M. (1990) La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. Psicología y Salud. Enero-Junio. México.
- ☞ Mercado.S.G. (1992) Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo del paciente quirúrgico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- ☞ Morales, C.F., Díaz, F.E.(2000) Algunas consideraciones de la psicología en las instituciones médicas. Perinatología, reproducción Humana. 14 (3) 176-182.
- ☞ Muehrer,P. (2000) Research on Adherence, Behavior, Change, and Mental Health: a worshop overview. Health psychology. 19 (3) 304-307.
- ☞ Nogareda, C.(1994) Fisiología del estrés. Notas temáticas de prevención. 355.Madrid.INSHT.
- ☞ Paz.R.F. (1999) La adherencia Terapéutica a tratamientos médicos mediante una encuesta de opinión. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- ☞ Peoró, J.M.(1993) Desencadenantes del estrés laboral. Madrid. Eudema.

-
- ☞ Pinkerton, S., Hughes, H., Y Wenrich, W, W. (1982) Treatment interventions. Behavioral Medicine Clinical Applications. 4 (6) 193-204.
- ☞ Primomo, J., Yates, B. C. (1990) Social support for women during chronic illness. The relationship among sources and types to adjustment. Research in Nursing and Health. 13, 153-161.
- ☞ Puento- Silva, F. G. (1984) ¿ Qué es la Adherencia Terapéutica?. Adherencia Terapéutica Implicaciones para México. XXIII. Congreso Internacional de Psicología. Autor. México.
- ☞ Rainham, D. C. (1994) Winnin your battle, with strees optimum haelth, resourses en www.bibliomed.com/lib/showDoc.cfm?
- ☞ Rodríguez, M, J. M. (2001) Escuela de Salud, autoayuda y prevención de la arteriosclerosis. 7(2) 151-170. España.
- ☞ Rodríguez, P. M. L., Domínguez, T. S. (1986) El autorregistro como factor determinante en el incremento de la adherencia. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

-
- ☞ Rodríguez, O.G.(1998) La Psicología de la salud en América Latina. Porrúa. México. 45-60.

 - ☞ Sánchez, S.F. (2000) El papel del Psicólogo en las asociaciones de enfermedades crónicas. Psicología Clínica, 4(3) España.

 - ☞ Shapiro,A.P. Redmond,D.P.(1994) Behavioral methods in the tratament of hipertensión: A review of their clinical status. Annals of internal medicine. 86, 626-636.

 - ☞ Sheridan, C.L.,Radmacher, S.A. (1992) Health psychology challenging the biomedical model. Wiley, Canadá. 247-252.

 - ☞ Sistema Único de la Información para la vigilancia epidemiológica. Información preliminar. (2001).

 - ☞ Sotelo, A.C. (2000) Traducción y estandarización del cuestionario Modos de afrontamiento al estrés de Lazarus. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

 - ☞ Sousa, A.M. (1987) Aproximaciones Psicológicas para la promoción de la adherencia terapéutica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

-
- ☞ Stamler, J., Stamler, R. (1993) Blood Pressure systolic and diastolic, and cardiovascular risks. U.S. population data. Arch int med. 5 (3), 598-615.

 - ☞ Stuart, E.M. (1998) Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Módulos de aprendizaje de ciencia conductual división de salud mental. Organización Mundial de la salud, Ginebra. Traducción Proyecto: Entrenamiento en Habilidades conductuales para profesionales de la salud del PAPAIME. U.N.A.M.

 - ☞ Taylor, S.E. (1990) Psychosocial aspects in chronic illness. Master lectures. Washington. E.U.A. 39-79.

 - ☞ Weinstein, X. (2000) Variables del paciente que influyen en la adherencia terapéutica. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias, Chile.

 - ☞ Weiss J. Y Hutchinson, S. (2000). Vulnerabilidad en pacientes con diabetes e hipertensión. Investigación Cualitativa en Salud. 10 (4) 521-517.