

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
SEDE DE OCCIDENTE

INFORME DE PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Intervención Cognitivo-Conductual en Pacientes con Hipertensión Arterial del EBAIS de
Alfaro, Área de Salud San Ramón.

Marianela Ledezma Villalobos

2014

HOJA DE APROBACIÓN

Intervención Cognitivo-Conductual en Pacientes con Hipertensión Arterial del EBAIS de
Alfaro, Área de Salud San Ramón.

Marianela Ledezma Villalobos

Sustentante

Este proyecto de graduación fue presentado como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Psicología y fue aprobado por los siguientes miembros del tribunal examinador:

Licda. Alicia Sandoval Poveda

Presidenta del Tribunal Examinador

Msc. Cynthia Orozco Castro

Representante de la Dirección

Dra. Ana María Jurado Solórzano

Directora

Msc. Lynnethe Chaves Salas

Lectora

Dr. Gustavo Bonilla Barrantes

Lector

DEDICATORIA

A mis padres, porque han hecho todo en la vida para que yo logre alcanzar mis sueños, por motivarme y extenderme sus manos en los momentos más difíciles, a ustedes por siempre mi amor y agradecimiento.

A mis hermanos, por ser ejemplos a seguir, por inculcarme el valor del estudio e influir en mi madurez para lograr esta meta en mi vida, es para ustedes este trabajo en agradecimiento por todo su amor.

A ti, por ser ese apoyo incondicional y mi estímulo en todo momento, porque me inspiraste a ser cada día mejor. Puedo decir que este trabajo lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por darme la sabiduría para culminar esta etapa académica.

A mi directora de trabajo de graduación, Dra. Ana María Jurado Solórzano.

Por su guía, comprensión, entrega y sus valiosos aportes a lo largo del proceso.

A mis lectores, Msc. Lynnethe Chaves Salas y Dr. Gustavo Bonilla Barrantes.

Por brindarme su apoyo y asesoría en todo momento.

Al personal del Área de Salud de San Ramón, en especial al EBAIS de Alfaro y a los y las
participantes de la práctica.

Por su entrega y colaboración para lograr los objetivos de este proyecto.

Índice

Resumen	vii
Introducción.....	1
Marco de Referencia	3
Situación Problema.....	3
Antecedentes de la intervención.....	5
Contextualización de la Instancia.....	11
Marco Conceptual	13
Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.	13
Etiología.	15
Influencia de los factores psicológicos.	16
Intervención psicológica asociada a la hipertensión arterial.	19
Objetivos Generales y Específicos	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos.	22
Consideraciones Éticas y Legales	23
Metodología.....	23
Población meta, beneficiarios directos e indirectos de la práctica	23
Estrategia (s) de Intervención	24
2. Evaluación pre-tratamiento.	25
3. Tratamiento.....	25
4. Evaluación pos-tratamiento.	26
Definición de las relaciones interdisciplinarias	26
Definición del sistema de supervisión	27
Definición del proceso de evaluación.....	27
Precauciones	29
Resultados	30
Calidad de vida.....	30
Niveles de presión arterial	32
Estrategias de reestructuración cognitiva	34
Manejo de la activación fisiológica emocional.....	38

Niveles de ansiedad	43
Control conductual de la enfermedad	44
Adherencia al tratamiento	47
Prevención de recaídas	49
Discusión	52
Recomendaciones y limitaciones	58
Referencias Bibliográficas	63
Anexos.....	72
Anexo 1. Autorización de la institución para la realización de la práctica.....	72
Anexo 2. Fórmula de consentimiento informado.....	73
Anexo 3. Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (HhoQol-100)	76
Anexo 4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	84
Anexo 5. Planteamiento de las sesiones	88
Anexo 6. Registro ABC.....	90
Anexo 7. Ejemplo de distorsiones cognitivas	91
Anexo 8. Autorregistro semana 3.....	92
Anexo 9. Guía de relajación muscular progresiva	93
Anexo 10. Manual de solución de problemas.	99

Ledezma, M. (2014). Intervención cognitivo-conductual en pacientes con hipertensión arterial del EBAIS de Alfaro, Área de Salud San Ramón. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Alajuela, Costa Rica.

Resumen

El presente Trabajo Final de Graduación, en modalidad Práctica Dirigida, tuvo por objetivo evaluar la eficacia de un programa de atención cognitivo-conductual para personas con hipertensión arterial, centrado en la incorporación de estilos de vida saludables. Este proceso se llevó a cabo en el EBAIS de Alfaro, perteneciente al Área de Salud de San Ramón, en el periodo comprendido entre diciembre de 2013 y mayo de 2014.

El abordaje realizado se enmarcó dentro de la Psicología de la Salud, buscando bajo sus criterios la aplicación de técnicas y conocimientos científicos a la evaluación, el diagnóstico, la descripción, la prevención, el tratamiento de trastornos físicos y mentales, orientado a la modificación conductual y el abordaje de las variables psicológicas implicadas en procesos de la salud y enfermedad (Oblitas, 2006).

En total se realizaron 19 sesiones de frecuencia semanal con dos grupos conformados por 5 participantes cada uno. Dichas intervenciones fueron planteadas desde las siguientes variables, calidad de vida, estrategias de reestructuración cognitiva, manejo de la activación fisiológica emocional, control conductual de la hipertensión arterial, adherencia al tratamiento y prevención de recaídas.

Los resultados revelaron transformaciones positivas del pre al pos-tratamiento, con cambios estadísticamente significativos para las variables calidad de vida y ansiedad. Asimismo, se muestra una disminución en los niveles de presión arterial, variando la media del grupo tratado desde 152,4 mmHg PAS y 86,4 mmHg PAD en la evaluación pre-tratamiento, hasta 124,4 mmHg PAS y 80, mmHg PAD en la evaluación pos-tratamiento.

Introducción

Los trastornos cardiovasculares incluyen un conjunto de enfermedades que afectan gran parte de la población mundial, dentro de los que cabe rescatar la cardiopatía isquémica, la enfermedad de Raynaud, la hipertensión arterial, entre otras (Mussi, 2010). Esta última, representa hoy una de las principales causas de muerte en el mundo y se sitúa dentro de los factores más predisponentes a padecer otro tipo de enfermedades crónicas (Grimsrud, Stein, Seedat, Williams & Myer, 2009).

La hipertensión arterial, como toda enfermedad cardiovascular se explica no solo en función de los factores orgánicos que acompañan su evolución. Dicha enfermedad de carácter multicausal, se encuentra también relacionada con una serie de procesos psicosociales que la determinan. Es así como elementos del ambiente social, el estilo de vida y las variables personales juegan un papel importante en la caracterización de la dinámica salud-enfermedad, la cual ha sido abordada por la disciplina conocida como psicología de la salud (Granados & Roales-Nieto, 2005).

En Costa Rica, la hipertensión arterial en su mayoría es tratada por los centros clínicos o Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS). Dentro de estos, el EBAIS de Alfaro perteneciente al Área de Salud en San Ramón proporciona atención médica a personas diagnosticadas con dicha enfermedad, no obstante el quehacer de la psicología con esta población no ha sido hasta el momento implementado dentro del marco de acción en estas instancias.

Por lo anterior, realizar una intervención para la hipertensión desde la psicología se torna fundamental, ya que dentro de este trastorno intervienen también procesos conductuales y emocionales, un dato que en la mayoría de los casos resulta desconocido para quienes lo padecen (Hildingh & Baigi, 2010). Es por ello que la presente práctica se

enmarca bajo la disciplina llamada “Psicología de la Salud” en lo relacionado con estilos de vida saludables y actividades preventivas, buscando bajo sus criterios de intervención, evaluar la eficacia de un programa de atención cognitivo conductual, centrado en la incorporación de estilos de vida saludables ante la enfermedad en personas con hipertensión arterial.

Es así como surge la iniciativa de implementar el presente proyecto dentro del EBAIS de Alfaro, perteneciente al Área de Salud en San Ramón, dirigido específicamente a personas diagnosticadas con hipertensión, por medio un programa de atención, buscando dentro de las tareas lograr una mejoría en la calidad de vida de los y las participantes. El plazo establecido para la conclusión de dicha práctica corresponde a seis meses consecutivos, con un horario de tiempo completo, es decir ocho horas diarias.

Como componentes estructurales de este documento, se presenta el marco de referencia, el cual incluye la descripción de la situación problema, los antecedentes de intervención, tanto nacionales como internacionales en el tratamiento psicológico con hipertensión, la contextualización de la instancia donde se llevará a cabo la práctica, el marco conceptual, objetivos generales y específicos y consideraciones éticas y legales vinculadas con la intervención. Además se incluye un apartado que contempla la metodología, la cual abarca entre otros aspectos, la población meta, estrategia de intervención, definición de las relaciones interdisciplinarias, definición del sistema de supervisión y evaluación y finalmente las precauciones para la protección de los y las participantes.

Marco de Referencia

Situación Problema

Las enfermedades crónicas constituyen uno de los mayores problemas de salud en las sociedades actuales. Gran parte de las personas que las padecen reconocen cambios drásticos en las diferentes dimensiones de la vida (Ledón, 2011). Estos cambios suelen caracterizarse como difíciles de experimentar, debido a que además de poseer un carácter permanente, implica también una transformación en el estilo de vida (Jurado & Ortiz, 2012).

La hipertensión arterial se reconoce como un factor de riesgo importante del que se pueden derivar otras enfermedades cardiovasculares, como la insuficiencia cardíaca congestiva, la cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y la patología cerebrovascular (Mussi, 2010). Así, resultan evidentes los motivos por los que procede la significancia de su abordaje, en primer lugar por representar uno de los principales causantes de este tipo de enfermedades en general y además por su alta incidencia en la población mundial (Granados & Roales-Nieto, 2005). Según Molerio y García (2004) esta enfermedad constituye uno de los trastornos con mayor peligro de mortalidad y morbilidad en el mundo.

Además de constituir aproximadamente el 6% del total mundial de muertes y de generar mayor predisposición a padecer de otros desórdenes cardiovasculares, la hipertensión arterial se encuentra vinculada a diferentes enfermedades de orden psicológico, por ejemplo los trastornos depresivos y ansiosos, los cuales según diferentes autores producen un aumento en la propensión a padecer la enfermedad (Grimsrud et al., 2009).

Aunado a ello, son habituales manifestaciones como el estrés, que dificultan aún más el autocontrol de la enfermedad (Jurado & Ortíz, 2012). La aparición de estos síntomas suele asociarse a factores psicosociales, los cuales han sido estudiados en su relación con la hipertensión; llegándose a concluir que los comportamientos de las personas también funcionan como agentes responsables mediadores en la salud y la enfermedad. Es por ello que al hablar de las causas en la hipertensión, se debe hacer mención a una multicausalidad, que considera elementos genéticos, ambientales, psicofisiológicos y hace énfasis en la interacción como un mecanismo de predisposición a padecer una determinada enfermedad (Granados & Roales-Nieto, 2005).

En este sentido, queda explícito que para las entidades encargadas de la salud en Costa Rica parece significativo abordar la enfermedad desde una intervención más integral, procurando una mejora en las variables psicológicas que se asocian a la hipertensión. Una de estas variables corresponde a las conductas, por ejemplo rutinas de ejercicios, adherencia al tratamiento, formas de interrelacionarse con los demás, entre otras que pueden ser entendidas como estilos de vida, los cuales a menudo las personas hacen estables a lo largo de su existencia (Becoña & Oblitas, 2010).

Basado en lo explicado, se ha evidenciado que desde hace varios años se sugiere la importancia de promover estrategias cognitivas y de comportamiento (como por ejemplo un cambio en la dieta) que procuren mejorar los ya mencionados estilos de vida, como un recurso para facilitar el control de la presión arterial (Labiano, Brusasca, & Gargani, 2005).

En relación a lo mencionado, dentro de los procesos más cercanos que se han abordado y que han estado orientados a personas con hipertensión en la zona de San Ramón de Alajuela, es la aplicación de un programa de Salud Mental desde el área de enfermería, el cual se desarrolló hace 15 años.

En el Área de Salud de San Ramón, la hipertensión arterial constituye en la actualidad la primera causa de morbilidad y de consulta, representando el 22.99% del total de la población. Asimismo para el año 2012, las enfermedades del sistema circulatorio correspondieron a la principal causa de defunciones en dicho cantón (Caja Costarricense del Seguro Social, 2012). A pesar de estas cifras, en la región no existe aún una intervención desde la psicología con personas diagnosticadas con hipertensión, situación por la cual nace la inquietud de ejecutar la presente práctica en esta zona.

Antecedentes de la intervención

Son muchos los trabajos que se han desarrollado en distintas poblaciones en torno a intervenciones psicológicas en personas diagnosticadas con hipertensión arterial. Dichos estudios se han realizado desde variadas perspectivas. A continuación se reseñan algunas que poseen relación con la presente propuesta de intervención.

Dentro del contexto costarricense, en el año 2010 se encuentra una intervención cuyo objetivo principal consistió en implementar y demostrar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) sobre los niveles de hipertensión arterial, estrés, ira y ansiedad, en personas diagnosticadas con la enfermedad en la comunidad de San Miguel de Sarapiquí. La muestra correspondió a cuatro participantes con hipertensión arterial, quienes asistieron a un total de ocho sesiones, divididas en atención individual y grupal. Dentro de los métodos utilizados para medir las variables (pre y pos-tratamiento), se citan, la medida de la presión arterial, Cuestionario de Estrés Percibido de Cohen, el cual evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee, diseñado para evaluar la agresividad, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, que consta de

dos partes, la primera para determinar el estado de ansiedad en un momento dado, y otra que examina el rasgo ansioso en la personalidad (Holst & Quirós, 2010).

Asimismo, los autores mencionan las técnicas que se llevaron a cabo durante el tratamiento, dentro de las que sobresale la utilización del modelo ABC de la TREC, dicho modelo supone que “A” es el acontecimiento activante (qué sucedió, la realidad confirmable), “B” representa la interpretación o evaluación que la persona realiza de la situación, que puede ser racional o irracional, dentro de esta se sitúan las creencias y pensamientos, y la “C” que corresponde a la consecuencia emocional de la creencia. Este modelo fue explicado a los y las participantes; mediante el mismo se les enseñó a detectar sus creencias irracionales y sustituirlas por ideas racionales; por su parte, el uso de tareas de lo desarrollado en las sesiones permitió que se reforzaran los conocimientos adquiridos en las mismas; además se utilizó la asertividad racional emotivo conductual y resolución de problemas, donde se instrumentó a los y las participantes a utilizar diferentes estrategias para expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una manera adecuada para la situación y contexto; y finalmente se instrumentó en el control de emociones negativas, por ejemplo la ansiedad (Holst & Quirós, 2010).

El análisis de resultados muestra en términos generales que los y las participantes presentaron disminuciones tanto en la presión arterial como en las medidas de las tres variables estudiadas, especialmente en el estrés percibido y la ansiedad (Holst & Quirós, 2010).

Otra de las intervenciones dentro del contexto costarricense tuvo como finalidad analizar la efectividad de dos estrategias de intervención como medios para disminuir las fluctuaciones de la presión arterial. En total participaron cuarenta personas diagnosticadas con hipertensión del Hospital Calderón Guardia. Las estrategias a prueba correspondieron

a entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y grupo terapéutico. Los y las participantes fueron divididos en cuatro grupos (A: grupo de control, B: grupo de relajación progresiva de Jacobson, C: grupo terapéutico, D: grupo terapéutico y relajación progresiva). Dentro de los instrumentos utilizados se aplicó un cuestionario para recabar información general de los y las pacientes, además se empleó la Escala de Gunter para medir la ansiedad y una hoja de registro de presión arterial (medida antes y después de cada sesión).

Los resultados indican que la técnica de relajación resulta adecuada en cuanto a la disminución de las fluctuaciones de la presión arterial, no obstante, se pronosticó que la misma suele ser efectiva solo por un periodo corto de tiempo si se trabaja de forma aislada; con respecto al grupo de apoyo, se hizo evidente su efectividad en términos de que los y las participantes comprendieran mejor las variables psicosociales que intervienen en su enfermedad, pero por sí sola no resultó una técnica capaz de proporcionar control a las personas sobre sus emociones y niveles de ansiedad. Por lo anterior, se concluye que un grupo de apoyo acompañado de técnicas de relajación corresponde a la metodología más efectiva para abordar la hipertensión arterial (Jiménez & Rivera, 1994).

Por su parte, en lo que respecta a los antecedentes de la zona de San Ramón en torno al trabajo con personas diagnosticadas con hipertensión, se encuentra únicamente una intervención desde el área de enfermería en el año 1999, cuyo objetivo consistió en desarrollar un programa de Salud Mental para mejorar la calidad de vida de personas con hipertensión en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega. Un total de veinte personas diagnosticadas con la enfermedad participaron en dicho estudio, el cual constó de ocho sesiones llevadas a cabo en dos meses. La metodología empleada se fundamentó en charlas educativas en torno al padecimiento, las que fueron impartidas por médicos del hospital con temas desde nutrición hasta estilos de vida saludable, además se utilizó entrenamiento en

técnicas de resolución de problemas y técnicas de relajación autógena y muscular progresiva. Como parte de los resultados, se encuentra que todas las personas participantes disminuyeron sus niveles de presión arterial después de las ocho sesiones (Rojas & Granados, 1999).

Asimismo, en lo que corresponde a América Latina, México ha sido uno de los países en los que se han desarrollado programas desde la psicología como coadyuvante en el tratamiento de la hipertensión, evidencia de ello corresponde un estudio llevado a cabo con la finalidad de valorar los efectos de una intervención cognitivo-conductual a través del manejo psicológico de la hipertensión esencial en las variables calidad de vida y la adherencia terapéutica y ansiedad. Para dicho estudio participó un total de veinte personas diagnosticadas con hipertensión, diecisiete mujeres y tres hombres, con una edad media de 54 años. Dentro de los instrumentos utilizados para la evaluación se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud, que evalúa percepción de salud, relaciones interpersonales, funciones cognitivas y síntomas, además de un reactivo indicador general de calidad de vida, la Escala de Ansiedad de Beck, la Escala de afrontamiento de Moos y un sistema de autorregistro conductual para evaluar la adherencia terapéutica (Ceballos, Laguna, Riveros & Sánchez-Sosa, 2005).

La intervención fue desarrollada en tres etapas, la primera consistió en la aplicación de los instrumentos de evaluación y entrega de la hoja de registro, la segunda etapa correspondió al desarrollo de las sesiones, dentro de las cuales los principales componentes fueron la detección de pensamientos disfuncionales, en la que se entrenaba a los y las pacientes en identificar los pensamientos negativos o irracionales que le ocurrían espontáneamente o ante diferentes situaciones y que interferían con el cuidado de su salud o su bienestar emocional; reestructuración cognitiva, mediante la cual se cuestionaban

algunas creencias y se fomentaba a realizar cambios y a valorar la utilidad de los pensamientos alternos, solución de problemas, autorregulación con entrenamientos en relajación profunda, secuencias de respiración diafragmática, inducción de relajación muscular profunda, moldeamiento y modelamiento; consolidación y práctica, fase en la que se asignaban tareas para extender los aprendizajes de las sesiones a otros ámbitos fuera de las mismas. La tercera y última etapa consistió en preparar a los y las participantes ante futuras recaídas y a la evaluación pos-tratamiento, la cual se efectuó en la sesión final y después de seis meses de concluir la intervención. Los resultados mostraron cambios positivos después del tratamiento en prácticamente todos los y las pacientes, en calidad de vida, adherencia terapéutica, bienestar y ansiedad (Ceballos et al., 2005).

Un antecedente importante de mencionar para la realización de este trabajo, corresponde a una intervención cognitivo-conductual desarrollada en España. La misma tuvo como objetivo conseguir la reducción y control de la presión sanguínea arterial, por medio de la manipulación de variables directamente implicadas en la posible génesis y mantenimiento de este trastorno, como por ejemplo la ansiedad, ira, estrategias de solución de problemas y estilo de vida. Según informe de los autores, dicho programa se generalizó a diferentes zonas del país, donde también ha sido aplicado. La muestra total estuvo formada por veinticinco personas (dieciocho mujeres y siete varones) con edades comprendidas entre los veintidós y los sesenta y tres años, diagnosticadas con hipertensión y bajo tratamiento farmacológico (Tobal et al., 1994).

El programa tuvo una duración de seis meses, con un total de dieciocho sesiones de periodicidad semanal, dicha intervención fue dividida en tres fases, evaluación pre-tratamiento, tratamiento y evaluación pos-tratamiento (Tobal et al., 1994).

La evaluación pre-tratamiento se llevó a cabo de manera individual, aplicándose un cuestionario biográfico y una batería de evaluación psicológica, dentro de la que se incluyó el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas (ISAP) de Miguel-Tobal y Casado Morales del año 1992, la misma fue utilizada para medir la variable capacidad de resolución de problemas; el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Miguel-Tobal y Cano Vindel, del año 1986- 1988, dirigida a medir la variable ansiedad; Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado (STAXI) de Spielberger en los años 1988-1991, el cuál midió la variable ira. Estos tres instrumentos fueron administrados de nuevo posterior a la aplicación del programa, con el objetivo de estudiar los cambios sufridos en las variables en estudio, debido a la influencia de la intervención. Asimismo se llevaron a cabo medidas de presión arterial, para el establecimiento de una línea base (Tobal et al., 1994).

Por su parte, el tratamiento se fundamentó en una metodología grupal, incluyendo sesiones informativas (3 sesiones), entrenamiento en técnicas de relajación muscular y de respiración (5 sesiones), técnicas de solución de problemas (3 sesiones), técnicas de cambio de hábitos de vida basadas en el autocontrol (3 sesiones). En la evaluación pos-tratamiento se utilizó la batería psicológica mencionada anteriormente, al igual que las medidas de presión arterial (Tobal et al., 1994).

Finalmente, los resultados mostraron cambios en las variables psicológicas tratadas, así como una reducción en los niveles de presión arterial, variando la media del grupo tratado desde 151 mmHg (milímetros de mercurio) de presión sistólica y 94 mmHg de presión diastólica en la evaluación pretratamiento, hasta 132 mmHg de presión sistólica y 81 mmHg de diastólica en la evaluación pos-tratamiento, cambios que fueron considerados significativos desde el punto de vista estadístico como desde el clínico (Tobal et al., 1994).

Las investigaciones consultadas muestran una clara relación entre la hipertensión y otros trastornos de orden psicológico, como por ejemplo la ansiedad, hallazgo que se considera importante para términos del presente trabajo. Asimismo, mediante dicha revisión es posible evidenciar que muchos de los programas cognitivo-conductuales para el trabajo con hipertensión utilizan técnicas similares que tienden a prevalecer en la mayoría, como por ejemplo el entrenamiento en técnicas de relajación muscular, autocontrol, reestructuración cognitiva, entre otras que se toman como parte de la metodología del presente proyecto.

Contextualización de la Instancia

Las áreas de salud pertenecientes a la Caja Costarricense del Seguro Social se dividen en diferentes niveles, atención primaria, secundaria y terciaria, dentro de estos, la atención primaria es la que gestiona las dinámicas de prevención de enfermedades; en Costa Rica el Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) es el encargado de brindar este tipo de atención. Dentro de los ejes de trabajo de los EBAIS destaca la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, asimismo, posee importantes funciones en la promoción y educación a la comunidad en temas de salud, evaluación integrada, vigilancia, investigación y control epidemiológico, es decir además de las tareas de atención al usuario, analiza e identifica factores de riesgo en lo que respecta a la situación sanitaria de las comunidades (Vargas, 2006).

El Área de Salud de San Ramón está conformada por diecinueve EBAIS, entre estos el de la comunidad de Alfaro (dentro del que se inserta la práctica), el cual actualmente se encuentra integrado por un médico, un auxiliar de enfermería, una secretaria, un técnico de farmacia, dos técnicos de atención primaria, un odontólogo y un asistente en odontología.

Dicho personal trabaja en la ejecución de actividades con el objetivo de promocionar la salud y prevenir la enfermedad, así como tratar enfermedades en menor complejidad. Estas acciones son llevadas a cabo de manera ambulatoria en la consulta externa, atención domiciliar, individual y familiar (Caja Costarricense del Seguro Social, 2012).

El EBAIS de Alfaro que abarca los distritos de Calle Valverde, Cataratas, San Pedro, Calle Catarata, Los Olivos, Calle Piedades y El Precario, cuenta con una extensión territorial de 17.49 km y con 4235 usuarios, de los cuales 2046 corresponden a hombres y 2189 a mujeres. Se reporta que para el año 2013 la hipertensión arterial se situó como la segunda enfermedad con mayor predominio en la zona, en la cual se atienden 512 pacientes diagnosticados (as) con dicho desorden, de estos 216 hombres y 296 mujeres (Caja Costarricense del Seguro Social, 2013).

Lo anterior mencionado, proporciona evidencia de la importancia de la inserción de la psicología en el presente proyecto en el área de atención primaria de la comunidad de Alfaro en San Ramón, ya que a partir de la realidad en la comunidad, mostrada por los datos estadísticos, la práctica podría funcionar como un ente que apoye uno de sus principales objetivos, la promoción de la salud, en este caso en la población específica de hipertensión arterial (La carta de autorización por parte de la institución se adjunta en el anexo 1).

Marco Conceptual

Como parte de los componentes que conforman la estructura del siguiente apartado, se encuentra una primera descripción de las enfermedades cardiovasculares, dentro de estas la hipertensión, un apartado que incluye la etiología de la enfermedad, otro referente a la influencia de los factores psicológicos y una última sección que detalla la intervención psicológica asociada a la hipertensión arterial.

Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.

Las enfermedades cardiovasculares además de poseer un origen multifactorial, destacan por su importancia factores de riesgo como la edad, el sexo, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la diabetes y la hipertensión arterial. Según varios estudios la prevalencia de este tipo de enfermedades tiende a ser superior en hombres que en mujeres y suele aumentar conforme las personas avanzan en edad (Baena et al., 2005).

Aunado a lo anterior, se ha llegado a considerar que la hipertensión arterial corresponde también a un importante factor de riesgo cardiovascular en trastornos como la enfermedad cardíaca coronaria, isquemia, accidentes cerebrovasculares, entre otras (Hildingh & Baigi, 2010).

No obstante, antes de definir lo que se entiende por hipertensión, es preciso primero mencionar el concepto de presión arterial, el cual es entendido como la tensión que ejerce la sangre sobre las paredes internas de los vasos sanguíneos (arterias, vasos capilares) al circular por el interior de los mismos. Dicha presión depende de la fuerza con que el corazón impulsa la sangre y del grado de flexibilidad de los vasos sanguíneos, así por ejemplo una arteria poco flexible recibe más presión que una arteria con mayor capacidad de ensancharse (Instituto Carlos Slim de la Salud, 2009).

En este sentido, y para comprender aún más este fenómeno, se torna importante indicar que el corazón posee dos tipos de movimientos básicos, el primero corresponde a la sístole, y hace referencia a la contracción que lleva a cabo el corazón para expulsar la sangre que está en su interior; y el segundo, la diástole que se genera al relajarse y al extender sus válvulas para que la sangre ingrese. Al efectuarse el movimiento de sístole, la presión arterial llega a su punto máximo, lo que se denomina presión sistólica; por el contrario cuando se ejecuta la diástole, la presión llega a su punto más bajo, es decir a la presión diastólica (Instituto Carlos Slim de la Salud, 2009).

Tomando como referencia lo anterior, la hipertensión se refiere entonces a la elevación de la presión arterial, especialmente al aumento de tipo sistólica (PAS) a niveles superiores a 140 mmHg (milímetros de mercurio) y de la diastólica (PAD) a 90 mmHg o más (Gamboa & Rospigliosi, 2010). Es decir, dicha enfermedad puede ser concebida como un trastorno caracterizado por la presencia de altos niveles en la presión de la sangre, sobrepasando las demandas metabólicas del organismo, acompañada de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático, los riñones y otros órganos involucrados (Vinaccia, Quiceno, Gómez & Montoya, 2007).

Diversos autores explican además, que la hipertensión arterial es una manifestación de la pérdida de la regulación en la interacción de variables como el control del gasto cardíaco, control del volumen de sangre circundante y control de la resistencia arteriolar. Aunado a ello se expone que conforme avanza la enfermedad, se llegan a producir anomalías en la función y estructuras cardíacas y vasculares, dañando el corazón, los riñones, el cerebro y la vasculatura en general (Gamboa & Rospigliosi, 2010).

Siguiendo esta línea de alteraciones, la hipertensión se puede clasificar según sus niveles de tensión arterial en tres estados, el primero de ellos corresponde a la tipología

leve, en el que la presión arterial oscila alrededor de 140 mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica, o cifras mayores pero que no muestran evidencia de hipertrofia ventricular izquierda del corazón, el estado moderado se caracteriza por dicha hipertrofia ventricular, además de un importante aumento del número de sarcómeras (que contribuyen en la regulación de la contracción muscular), lo que significa un aumento en el trabajo cardíaco, haciendo que la disfunción diastólica sea más evidente; finalmente, en el estado severo se produce una miocardiopatía dilatada (dilatación progresiva del corazón), como consecuencia de la sobrecarga de presión sostenida (Vinaccia et al., 2007).

Etiología.

Una vez explicado lo anterior, parece fundamental hacer referencia a la etiología de dicho trastorno, la cual según muchos autores no está del todo definida, no obstante, según Quiroga de Michelena (2010) en la mayor parte de los casos (alrededor de un 95%) no depende de una única causa, sino que se trata de un origen multifactorial, siendo solo un 5% de los casos originados por la mutación de un gen único, que se transmite en la familia. Asimismo, se puede hacer mención a los factores hormonales como influyentes en la enfermedad, por ejemplo se ha evidenciado que muchas de las hormonas secretadas por diversas células especializadas del aparato digestivo, se caracterizan por poseer una intensa acción vascular, como lo es el péptido intestinal vasoactivo (VIP) el cual funciona como vasodilatador (Wagner-Grau, 2010).

Siguiendo con los factores que según las investigaciones influyen en la etiología de la hipertensión arterial, aparte del componente orgánico, se hace mención del psicosocial como responsable y además agravante de la enfermedad (Holst & Quirós, 2010). Dentro de estos el tabaquismo, el entorno social, familiar, laboral y diferentes estados que estos

pueden propiciar, como por ejemplo la ansiedad y el estrés (Baena et al., 2005) los cuales serán abordados conforme avanza el documento.

Aunado a lo explicado, parece trascendental referirse a los dos grandes tipos de hipertensión según su etiología. La primera categoría corresponde a la hipertensión esencial o primaria, la cual no posee un origen que pueda ser determinado orgánicamente, por lo que se considera un trastorno funcional; el segundo subtipo lo constituye la hipertensión secundaria, la que a diferencia de la anterior es generada por un fallo o daño orgánico. Se ha llegado a concluir que en muchos de los casos, la hipertensión secundaria puede aparecer como consecuencia de daños causados por una hipertensión esencial no tratada (Mussi, 2010).

Influencia de los factores psicológicos.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la influencia de los factores psicológicos desempeña un papel importante en el desarrollo y transcurso de la hipertensión arterial. En este sentido, avances de la psiconeuroinmunología han presentado evidencia de que el estrés y las reacciones emocionales como por ejemplo la ansiedad, la ira y la tristeza presentan correlatos fisiológicos, que influidos por el sistema nervioso poseen la capacidad de afectar las secreciones glandulares y el funcionamiento de ciertos órganos y músculos, como lo es el corazón (Molerio & García, 2004). Y es así, como diferentes estados emocionales se asocian a los cambios que presentan las personas con respecto al nivel de tensión arterial (Granados & Roales-Nieto, 2005).

La ansiedad, entendida por Becerra-García, Madalena, Estanislau, Rodríguez-Rico y Dias (2007) como el conjunto de respuestas emitidas frente a una situación que se percibe como peligrosa, posee una fuerte relación con la hipertensión arterial. Existen estudios que evidencian por ejemplo que personas que presentan ansiedad-rasgo están expuestas a una

constante activación fisiológica, lo que genera mayor probabilidad de padecer trastornos hipertensivos (Calvo, Díaz, Ojeda, Ramal & Alemán, 2001). Asimismo, se menciona que aproximadamente el 12% de los y las pacientes con hipertensión también padecen del trastorno de ansiedad generalizada (Ma, Kong, Qi, & Wang, 2008). Este trastorno, aunado a los depresivos poseen un significativo efecto en el empeoramiento de la condición de las personas con hipertensión (Rafanelli, Offidani, Gostoli & Roncuzzi, 2012).

Así como la ansiedad se ha llegado a asociar con un mayor riesgo de muerte súbita cardíaca (Weng & Wang, 2006), otra de las variables que influye en la aparición y transcurso de la enfermedad es el estrés, entendido como el “conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo” (Trucco, 2002. p.3).

En esta línea, Linden y Moseley (2006) conciben el estrés como un proceso multietapas que implica factores desencadenantes de conductas de afrontamiento, cogniciones, y respuestas fisiológicas que en su conjunto se encuentran asociados a un mayor riesgo de padecer hipertensión arterial.

Continuando con las variables psicológicas que atraviesan esta enfermedad, parece trascendental mencionar el papel que juegan las falsas creencias, según Granados y Roales-Nieto (2005) estas son entendidas como ideas erróneas que las personas crean en torno a su enfermedad, que además pueden corresponder a falsos síntomas los cuales según la literatura, son empleados por los y las pacientes para estimar su nivel de tensión arterial, los autores exponen que dichas creencias son moldeadas y modeladas socialmente y que engloban conductas verbales del tipo “llevo unos días sin tomar la pastilla porque hace tiempo que no me duele la cabeza”(p. 190).

Todas las variables anteriormente mencionadas, confluyen en uno de los conceptos más trascendentales del presente trabajo, la calidad de vida, cuyo estudio ha adquirido mucha trascendencia como un aspecto ligado a la salud, ya que su deterioro imposibilita la presencia de bienestar (Ceballos et al., 2005).

De esta forma, la calidad de vida incluye el bienestar físico, mental y social que la persona logra percibir, además de la satisfacción y recompensa (Schwartzmann, 2003). La calidad de vida relacionada con la salud corresponde según Vinaccia et al. (2007) a:

La valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).
(pp.205-206)

En resumen, la calidad de vida se refiere a “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Organización Mundial de la Salud, 1994, citado en Instituto Provincial de Bienestar Social, 2009, p.31). Este se conforma a lo largo de la vida de la persona, es un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos, que además determina la presencia de factores de riesgo y factores protectores (Sanabria-Ferrand, González & Urrego, 2007).

Esta variable explicada anteriormente ha sido una de las más abordadas por la disciplina conocida como psicología de la salud, la cual dentro de su marco de acción engloba la promoción de la salud, la prevención, evaluación y tratamiento de enfermedades y la revisión y mejora del sistema sanitario (Pérez, Fernández, Fernández, Vázquez, 2010). Es por ello que el presente trabajo será abordado desde dicha disciplina.

Intervención psicológica asociada a la hipertensión arterial.

Según Granados y Roales-Nieto (2005) un primer paso en el tratamiento de la hipertensión arterial lo debería constituir la modificación o cambios en el estilo de vida. En lo que respecta al tratamiento psicológico de dicha enfermedad, resalta la eficacia del modelo cognitivo-conductual como coadyuvante en el tratamiento de la hipertensión arterial (Ceballos et al., 2005). La terapia cognitivo-conductual, representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje y la terapia cognitiva; consiste en una aplicación clínica basada en la metodología científica o experimental (psicología científica) cuyo “objeto de tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como una actividad susceptible de medición y evaluación” (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012a. p. 83).

Muchos estudios hacen mención de la eficacia de programas de intervención psicológica en la reducción de los niveles de hipertensión arterial, especialmente las técnicas de relajación, de respiración, solución de problemas y reestructuración cognitiva (Molerio & García, 2004; Varela, Arrivillaga, Cáceres, Correa & Holguín, 2006).

Dentro de estos ejercicios, la técnica de reestructuración cognitiva hace referencia a un proceso en el que los y las pacientes identifican y evalúan sus cogniciones, con el objetivo de comprender el impacto negativo de ciertos pensamientos sobre sus emociones y

conductas, se utiliza para educar a las personas en la sustitución de dichas ideas por otras más adaptativas (Moreno et al., 2006).

Por su parte, la relajación progresiva de Jacobson corresponde a una de las más utilizadas, esta técnica busca instruir a las personas en identificar las señales de sus músculos cuando están en tensión y cómo llevar a la práctica habilidades aprendidas para reducir dicha tensión, es decir inducir la relajación (Labrador, 2009).

Aunado a lo anterior, las técnicas de respiración abdominal son entendidas como técnicas indirectas en el control de la hipertensión arterial, en la que se entrena a las personas a respirar con el diafragma y lograr con ello una reducción en los niveles de ansiedad (Fernández, Martín & Domínguez, 2010).

Estas dos técnicas explicadas anteriormente han sido utilizadas como medios para controlar la activación fisiológica emocional, entendida por Botella y Narváez-Cabeza de Vaca (2007) como un proceso que conlleva el “aumento de las sensaciones somáticas mediadas por el sistema nervioso autónomo (p. ej., las palpitaciones)” (p. 362). Dicha activación hace que la persona se preocupe por las sensaciones físicas, lo que tiende a generar mayor ansiedad.

Por otra parte, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y dentro de estas la terapia centrada en la solución de problemas corresponden a un conjunto de técnicas que buscan incrementar en las personas la habilidad para afrontar las situaciones cotidianas estresantes, promoviendo una mayor competencia cognitiva y conductual, generando la capacidad de aplicar estrategias adaptativas tanto para prevenir como para actuar ante experiencias estresantes, estas a su vez se utilizan en el control conductual, entendido como la capacidad que poseen las personas para experimentar, influenciar, controlar y expresar

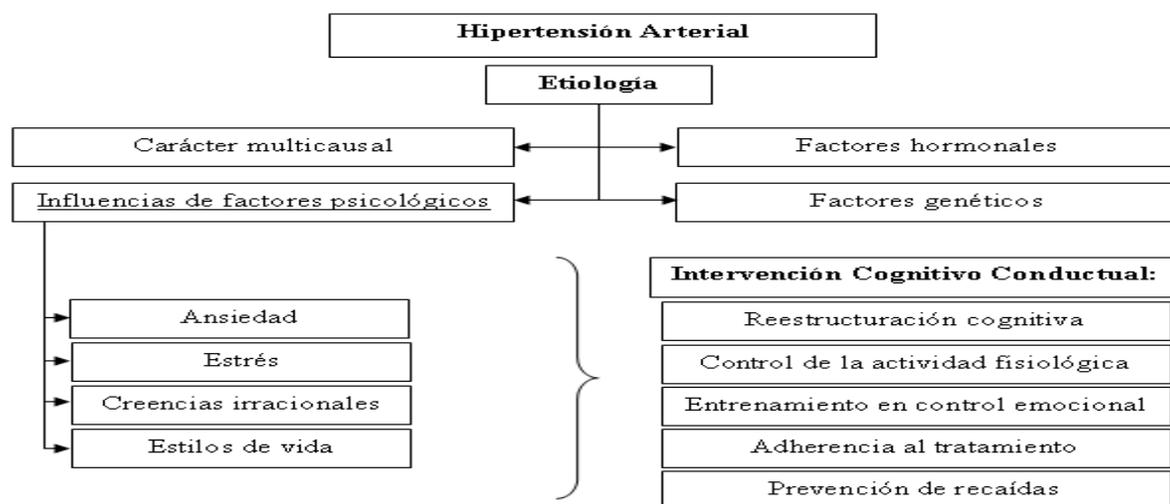
emociones y comportamientos, de tal forma que las mismas no interfieran en la conducta dirigida a objetivos en su medio (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012b).

Otra de las variables que se pretende abordar en la realización del presente proyecto se refiere a la adherencia al tratamiento, que se define como la conducta del paciente asociada al cumplimiento de las indicaciones médicas. Según la autora, el control de la hipertensión arterial necesita además de las modificaciones en los factores de riesgo ya conocidos, una rigurosa adherencia al tratamiento (Sánchez, 2006).

Finalmente, una última variable corresponde a la prevención de recaídas, proceso mediante el cual se entrena la persona para la identificación de eventos, sensaciones y pensamientos que puedan resultar de alto riesgo para emitir una conducta desadaptativa (Olivares, Piqueras & Rosa, 2006).

De esta forma se concluye que las estrategias cognitivo-conductuales, constituyen una herramienta importante para el mejoramiento de la calidad de vida de personas con hipertensión, ya que se les entrena en las habilidades para manejar su enfermedad y afrontar los cambios que ésta genera (Varela et al., 2006).

En la figura 1 se resume la relación de las variables que han sido abordadas dentro de este apartado.



Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Muestra en un primer plano las causas que regularmente se asocian con la hipertensión arterial, dentro de estas la influencia de los factores psicológicos como por ejemplo la ansiedad, estrés, creencias irracionales y los estilos de vida; variables que pueden ser abordadas mediante intervenciones de tipo cognitivo conductual incluyendo diferentes técnicas de tratamiento.

Objetivos Generales y Específicos

Objetivo general.

Evaluar la eficacia de un programa de atención cognitivo-conductual para personas con hipertensión arterial, centrado en la incorporación de estilos de vida saludables.

Objetivos específicos.

1. Evaluar los niveles de presión arterial de los y las participantes previo y posterior al tratamiento.
2. Facilitar estrategias de reestructuración cognitiva como prácticas fundamentales para el control emocional.
3. Ensayar estrategias de manejo de la activación fisiológica emocional, a través de ejercicios de respiración y relajación.
4. Habilitar el control conductual de la enfermedad, a través de estrategias de afrontamiento.
5. Aumentar en los y las participantes la adherencia al tratamiento de la hipertensión.
6. Establecer estrategias para la prevención de recaídas en los y las pacientes con hipertensión.

Consideraciones Éticas y Legales

Dentro de las consideraciones éticas y legales que se tomaron en cuenta para la realización de la presente práctica, se encuentra la entrega de una fórmula de consentimiento informado a cada uno de los y las participantes (Ver fórmula de consentimiento informado en anexo 2).

Además es importante mencionar que se contó con el apoyo del departamento de psicología del Área de Salud de San Ramón, como ente regulador y verificador del proceso con la asesoría técnica de la Lic. Ester Solís González y un equipo de supervisión conformado por la Dra. Ana María Jurado Solórzano, M.sc. Lynnethe Chaves Salas y el Dr. Gustavo Bonilla Barantes.

Metodología

Población meta, beneficiarios directos e indirectos de la práctica

La intervención se centró en personas diagnosticadas con hipertensión arterial del EBAIS de Alfaro, quienes correspondieron a los beneficiarios (as) directos (as) de la intervención psicológica cognitivo conductual. Se benefició además la institución, el EBAIS de Alfaro perteneciente al Área de Salud de San Ramón, ya que con la aplicación del presente proyecto se amplió (en el periodo de práctica), su marco de atención a uno más integral para el abordaje de esta población en específico (pacientes con hipertensión arterial).

Otro beneficiario lo constituye la familia de cada uno de los y las participantes, ya que los cambios desarrollados en el estilo de vida se extienden desde el paciente hasta el núcleo familiar, como por ejemplo la modificación de los hábitos alimenticios. A nivel general, se favorece la comunidad, ya que quienes participaron activamente del proceso

pueden representar entes para transmisión de conocimientos a otras personas que padecen la misma enfermedad.

Estrategia (s) de Intervención

La estrategia de intervención consistió en desarrollar diecinueve sesiones grupales de terapia cognitivo conductual, una sesión por semana para dos grupos, cada uno conformado por un total 5 participantes. La escogencia de dos grupos se realizó con el objetivo de cumplir el tiempo completo de la práctica a seis meses.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados, la implementación de la práctica se propuso efectuar a partir de las fases que se detallan a continuación.

1. Contacto con la institución, convocatoria y preparación del material. En el primer mes destinado a la práctica, se realizaron las primeras reuniones con el personal de la institución (el director, el médico, los ATAPS y la psicóloga) con el fin de exponer los objetivos del proyecto, el plan de intervención y de solicitar colaboración, por ejemplo en las supervisiones por parte de la psicóloga y la detección de pacientes para participar en la intervención, tarea en la que asistieron los ATAPS y el médico.

Una vez enterado el personal, se continuó con la convocatoria, realizada a través de un afiche informativo y una lista de participantes, ambos colocados en la pizarra informativa situada en la sala de espera del EBAIS. Para completar dicha lista se tornó necesario asistir a la institución y retomar datos de algunos pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, los cuáles fueron contactados directamente para invitarles al proceso.

Concluido este periodo, se prosiguió con la elaboración del material para las sesiones. Para ello se realizó una copiosa revisión de artículos científicos en relación al tema, de los cuales se derivó la preparación de las presentaciones en Power Point y demás elementos utilizados como parte de la terapia, por ejemplo fotocopias.

2. Evaluación pre-tratamiento. Para la ejecución de esta fase (objetivo uno) se utilizó como método de evaluación el cuestionario de “La Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida” o World Health Organization Quality of Life (WhoQoI-100) (anexo 3) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (anexo 4), los cuales serán descritos en un apartado posterior. Asimismo, se evaluó para cada participante los niveles de presión arterial previo a iniciar el tratamiento. Esta fase también incluyó la descripción de la intervención a los y las participantes, así como la evacuación de dudas y un espacio para conocer sus expectativas.

3. Tratamiento. Correspondiente al cumplimiento de los objetivos específicos. La etapa de tratamiento se realizó una vez por semana con cada grupo, por un periodo de dos horas por sesión.

Como parte del cumplimiento del objetivo dos, las primeras sesiones correspondientes al tratamiento estuvieron enfocadas en sugerir e instrumentar en el uso de estrategias de reestructuración cognitiva, mediante las cuales se buscó en primer lugar que los y las participantes comprendieran la relación existente entre las cogniciones (pensamientos), las conductas y las emociones, seguido de un entrenamiento orientado en aprender a identificar sus pensamientos negativos en torno a la enfermedad; el siguiente paso consistió en evaluar y cuestionar dichas creencias (mediante la utilización de registros conductuales) y finalmente reemplazarlas por otras más adaptativas.

La siguiente etapa, referente al cumplimiento del objetivo tres, estuvo destinada a ensayar estrategias en el manejo de la activación fisiológica, para lo cual se instruyó a los y las participantes en ejercicios de respiración abdominal y de relajación, dentro de esta última se utilizó en específico la progresiva de Jacobson. Además, se abordó la importancia del ejercicio físico como una experiencia conductual relevante dentro de la intervención,

aunado a los hábitos de alimentación de los y las pacientes y sus familias, para ello se invitó a una nutricionista y a una especialista en ciencias del movimiento, ambas con experiencia en enfermedades cardiovasculares.

Seguidamente, como parte del objetivo cuatro se abordaron las estrategias de control conductual, con técnicas de afrontamiento, especialmente entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, mediante las cuales se fomentó en los y las participantes el control voluntario de sus emociones, conductas y cogniciones. Posteriormente se abordó el tema de la adherencia al tratamiento (objetivo cinco), para ello se utilizó una sesión en la que se invitó a un médico con la finalidad de impartir una charla educativa a cerca de la enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento y las consecuencias de su incumplimiento, además se trató la temática en torno a los efectos secundarios de los fármacos.

Finalmente, dentro del tratamiento se desarrolló una etapa destinada a la prevención de recaídas (objetivo seis), en la cual se revisaron las habilidades aprendidas y se fomentó su mejora y mantenimiento, aunado a un entrenamiento en la identificación de situaciones, sensaciones y pensamientos (signos de alarma) que pudiesen resultar de alto riesgo para sufrir una recaída (ver planteamiento de las sesiones en anexo 5).

4. Evaluación pos-tratamiento. Para la cual se aplicaron los dos instrumentos utilizados en la evaluación previa, así como los datos correspondientes al nivel de presión arterial de cada uno de los y las participantes.

Definición de las relaciones interdisciplinarias

La realización de la presente práctica es por definición interdisciplinaria. Al estar enmarcada bajo el campo de acción de la psicología de la salud se encuentra fuertemente vinculada con el ámbito de la medicina. Tal y como se menciona en el apartado anterior, se

tornó indispensable la participación de personal en medicina, nutrición y preparación física para la efectiva implementación de la intervención.

Definición del sistema de supervisión

El sistema de supervisiones se llevó a cabo desde dos perspectivas, en primer lugar con el equipo asesor de la práctica con quienes se ejecutaron supervisiones presenciales de frecuencia semanal, a fin de evaluar el avance del proyecto en términos de instrumentos, técnicas a utilizar, formación teórica así como el abordaje grupal en general. Por otra parte también se organizaron reuniones mensuales con la asesora técnica del Área de Salud, con el objetivo de regular y verificar el debido cumplimiento del proceso de práctica y recibir retroalimentación con respecto a las estrategias empleadas.

Definición del proceso de evaluación

El mecanismo utilizado para la evaluación de los resultados consistió en la medición semanal de la presión arterial, además de la aplicación de los siguientes instrumentos pre y pos-tratamiento:

Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida (WhoQol-100). Pretende evaluar la percepción que poseen las personas de su situación en la vida dentro del contexto cultural y su sistema de valores, lo anterior en relación a sus objetivos, expectativas e intereses (Bobes, G-Portilla, Barcarán, Sáiz, & Bousoño, 2002).

Es un cuestionario autoaplicado, conformado por cien ítems, que abarca seis dominios, a saber salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad. Ejemplo de sus ítems se presentan en la figura 2.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 1.2	¿Cuánto le preocupa tener algún dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F 1.3	¿Hasta qué punto es difícil para usted manejar su dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F 1.4	¿En qué medida siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
F 2.2	¿Con qué facilidad se cansa?	1	2	3	4	5

Fuente: Caballo (2006).

Figura 2. La estructura del cuestionario WhoQol-100 corresponde a una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (que en algunas ocasiones hace referencia a intensidad y en otras a la frecuencia, satisfacción o capacidad). Las puntuaciones se obtienen de la sumatoria, donde a mayor puntuación mejor calidad de vida (Bobes et al., 2002).

En la escala original del año 1998, la consistencia interna de cada una de las facetas oscila con un índice de alpha de Cronbach de $\alpha = .65$ hasta $\alpha = .93$ (WhoQol Group, 1998). Por ser un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, se adapta su uso a cualquier población, por lo que no se torna necesaria la adaptación de dicho instrumento (Bobes et al., 2002).

Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). Es un instrumento de autoinforme que pretende evaluar las respuestas (cognitivas, fisiológicas y motoras) y las situaciones (de evaluación, de interrelación social, situaciones potencialmente fóbicas y situaciones de la vida cotidiana) asociadas a la ansiedad. Está basado en la teoría del enfoque interactivo de Endler (1981) por lo que se evalúan las situaciones y respuestas por separado así como la interacción entre ambas (Jurado, 2010). Ejemplo de sus ítems se muestran en la figura 3.

C

0	Casi nunca
1	Pocas veces
2	Unas veces sí, otras veces no
3	Muchas veces
4	Casi siempre

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣΣ
	1. Me preocupó fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, torpe, etc.	3. Me siento inseguro de mí mismo.	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.		
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.								
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.								
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.								

Fuente: Jurado (2010).

Figura 3. El ISRA está compuesto por 224 ítems, en los que la tarea del sujeto consiste en expresar la frecuencia con que en él o ella se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones (Jurado, 2010).

En la actualidad el ISRA se encuentra adaptado para la población costarricense, cuyas características psicométricas resultan adecuadas, con un índice de alpha de Cronbach que oscila entre $\alpha = .92$ y $\alpha = .99$ para las situaciones y respuestas ante la ansiedad (Jurado, 2010).

Esfigmomanómetro. Es el instrumento comúnmente empleado desde la medicina para medir los niveles de presión arterial en la sangre. Su unidad de medida se representa en milímetros de mercurio (Abellán, Leal, Gil, Merino, Llisterri & Gómez, 2008).

Precauciones

Los y las pacientes participaron de manera voluntaria, para ello se hizo entrega de una fórmula de consentimiento informado. Asimismo se llevó a cabo un encuadre antes de iniciar el proceso, mediante el cual además de describir la intervención, se hizo mención de la importancia de la confidencialidad del contenido abordado dentro de las sesiones. De

este modo toda la información personal se utilizará de manera confidencial y anónima en los reportes que involucre esta práctica.

Resultados

La muestra inicial correspondió a 15 participantes diagnosticados con hipertensión arterial, 4 hombres y 11 mujeres, todos y todas pertenecientes al distrito de Alfaro del cantón de San Ramón.

De los 15 sujetos que iniciaron el programa, 5 de ellos (as) lo abandonaron en las primeras semanas, por lo que la muestra final estuvo conformada por 10 participantes en total. Por tanto, los análisis que en adelante se presentan fueron realizados sobre el total de 10 participantes, 2 hombres y 8 mujeres (1 hombre y 4 mujeres para cada grupo), con edades comprendidas entre los 34 y los 80 años de edad, con una edad media de 52 años. Nueve de ellos y ellas costarricenses y una de origen nicaragüense con nacionalidad en Costa Rica.

A continuación se presenta la descripción de cada una de las sesiones ejecutadas, con los respectivos resultados de la práctica profesional desarrollada, según los objetivos planteados y basándose en el total de la muestra.

Calidad de vida

La variable calidad de vida fue abordada de manera integral durante todo el proceso y en cada una de las sesiones, ya que el objetivo principal de la intervención se basó en demostrar la eficacia del modelo de terapia empleada sobre los niveles de calidad de vida de cada uno (a) de los y las participantes.

Para esto se utilizó el Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida (WhoQol-100), previo y después al tratamiento. Se calculó la significancia estadística de los cambios en los puntajes de pre-test a post-test mediante la prueba T. Se

seleccionó este estadístico en función del tamaño de la muestra y debido a que se compararon las puntuaciones de dos muestras relacionadas (antes y después).

La tabla 1 muestra los efectos de la intervención sobre las medidas de calidad de vida.

Tabla 1

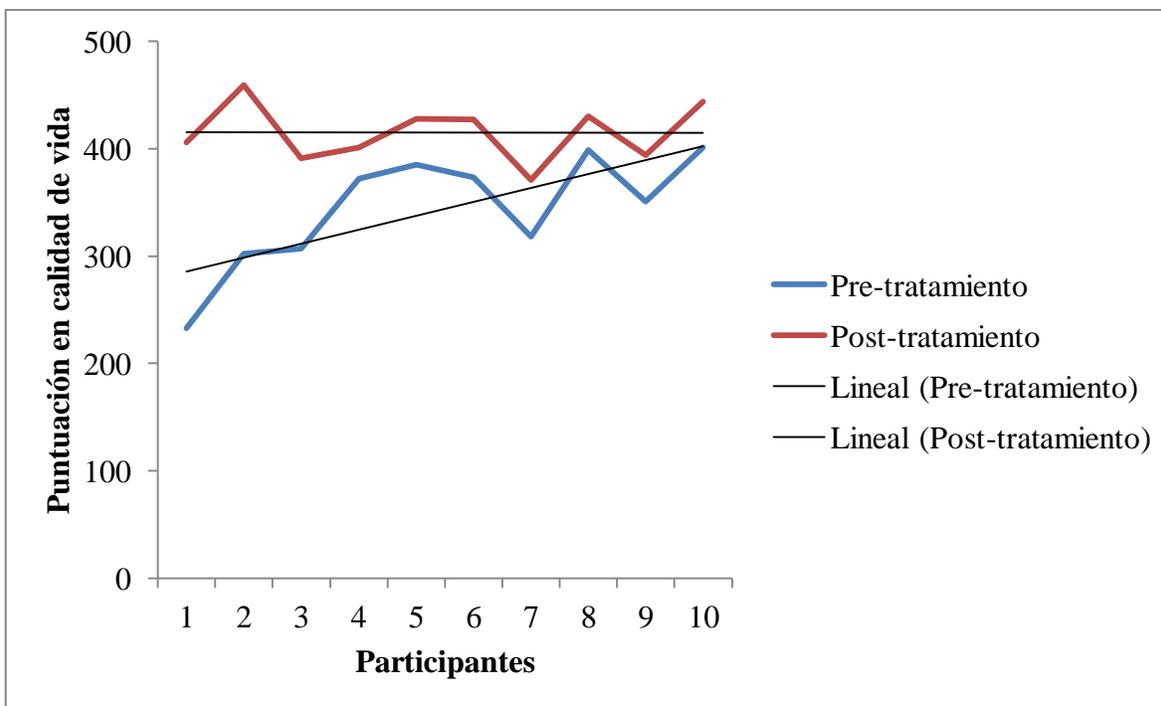
Efectos de la intervención en la calidad de vida (WHOQoL-100)

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. Bilateral
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
TotalWH- TotalWHP	71.00000	51.95939	16.43100	108.16951	33.83049	4.321	9	.002

Fuente: Elaboración propia

La tabla anterior confirma la existencia de una diferencia estadísticamente significativa ($p < .002$) en los niveles de calidad de vida del grupo en total, antes y después del tratamiento. Entre las medias hay una diferencia de 71 puntos del pre-test al post-test, lo que indica que el grupo en general logró una mejoría en las puntuaciones de dicha variable.

Al respecto, se encuentra que cada uno de los (as) diez participantes mostraron transformaciones en la calidad de vida. La figura 4 muestra los cambios en dichas puntuaciones por participante.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Se señala la transformación en las evaluaciones de calidad de vida para cada participante. Para el pre-test los valores oscilaron entre 233 y 401 puntos, mientras que en el post-test estas cifras fluctuaron entre los 371 y 459 puntos, lo que evidencia que todos los y las pacientes mostraron una mejora en las puntuaciones de calidad de vida una vez finalizado el proceso.

Niveles de presión arterial

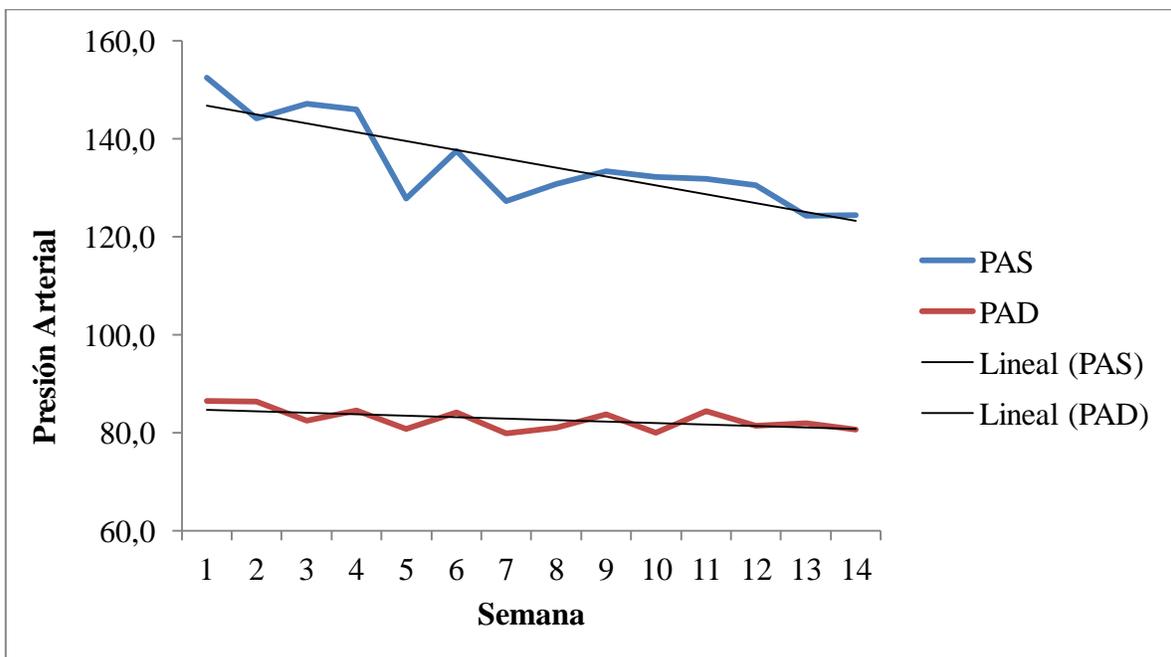
En la sesión #1, además de entregar la fórmula de consentimiento informado y los instrumentos para extraer los datos pre-tratamiento, se obtuvo la medida de la presión arterial para cada uno de los y las participantes.

Esta primera sesión también se utilizó para informar sobre conceptos importantes para la terapia, como por ejemplo presión arterial, hipertensión arterial y los dos tipos de movimientos del corazón (sístole y diástole). Asimismo, se abordó el tema de la etiología de la hipertensión, en el cual se explica que alrededor de un 5% de sus causas se debe a

factores hereditarios, mientras que un 95% responde a un origen multifactorial, en el que influyen elementos como la edad, el entorno familiar y laboral, el tabaquismo, la ansiedad y el estrés.

La última fase de esta primera sesión se emplea para exponer respecto a la relación que existe entre la hipertensión arterial y las emociones, para ello se utilizan imágenes y ejemplos del por qué la enfermedad es considerada psico-fisiológica, explicando cómo las emociones influyen el funcionamiento biológico del cuerpo. En esta etapa, los y las pacientes logran identificar experiencias propias de cómo algunas emociones experimentadas, por ejemplo la ira, han contribuido a que en diferentes ocasiones sus niveles de presión arterial aumenten.

Para el establecimiento de una línea base y para una mayor riqueza de datos, la medida de presión arterial se logró recuperar durante 14 sesiones de las 19 en total que se realizaron. La figura 5 muestra el comportamiento de la presión sistólica y diastólica grupal a lo largo de la terapia.



Fuente: Elaboración propia

Figura 5. La tendencia muestra un claro descenso en los niveles de presión arterial sistólica y diastólica grupal durante el tratamiento.

La media de la presión arterial grupal de la primera semana de tratamiento correspondió a 152,4 mm Hg para la PAS y 86,4 mm Hg para la PAD, por su parte, la media de la presión arterial en la última semana de tratamiento fue de 124,4 mm Hg para la PAS y 80,6 mm Hg para la PAD. En promedio, el total del grupo logró una reducción de 28 mm Hg en la presión arterial sistólica y 5,8 mm Hg en la presión arterial diastólica con respecto a los niveles obtenidos en el pre-tratamiento.

Estrategias de reestructuración cognitiva

Para lograr facilitar estrategias de reestructuración cognitiva como prácticas para el control emocional, se desarrolló un total de cuatro sesiones, las cuales en su mayoría se conformaron por una primera parte psicoeducativa y una segunda fase de práctica.

La psicoeducación fue clave no sólo para el entrenamiento en reestructuración cognitiva, sino para la mayor parte de las sesiones que conformaron el tratamiento, ya que proveía de información necesaria a los y las pacientes, para que a partir de una mayor comprensión de los contenidos abordados, fueran capaces de desarrollar cambios en sus estilos de vida.

Es así como la preparación en habilidades de reestructuración cognitiva da inicio en la sesión #2 del tratamiento, en la cual se abordó la relación entre las cogniciones (pensamientos), las conductas y las emociones. Para esto, se realizó una breve explicación del ser humano como ente bio-psico-social, exponiendo que las conductas se encuentran mediadas por el funcionamiento biológico del cuerpo, por la interpretación de las situaciones que suceden alrededor, pensamientos, emociones y por la interacción con el medio y las demás personas.

Asimismo, mediante la utilización de un esquema, se aborda el modelo ABC, en el cual A es el acontecimiento desencadenante (qué es lo que sucede), B la interpretación que el o la paciente realiza del acontecimiento, la misma que puede ser racional o irracional y C es la consecuencia emocional y conductual que resulta de dicha valoración.

Seguido de la psicoeducación se solicita a los y las pacientes practicar el esquema trabajado con ejemplos propios. Para ello se debía completar las tres columnas referentes a situación, pensamiento y consecuencias, respondiendo a las preguntas ¿qué sucedió? ¿cómo interpreté la situación? ¿cómo me sentí, cuáles fueron mis emociones? y ¿cómo actué?. Después se compartieron las experiencias y se hizo entrega de los registros ABC a todos los y las participantes, sobre el que trabajaron durante la semana (Ver registro ABC en anexo 6).

En la sesión #3, para abordar el tema de las creencias irracionales, se utilizaron ilustraciones de cómo el cerebro por medio de la amígdala (encargada de procesar y dar sentido a las emociones) y del hipocampo (que cataloga las situaciones como positivas y negativas) es capaz de hacer estable una misma forma de interpretar las situaciones.

De este modo se explica que si las interpretaciones o creencias (sobre sí mismo, las demás personas o sobre las situaciones en general) son ilógicas y le dificultan a los seres humanos la obtención de sus metas, entonces son llamadas ideas irracionales. Estas distorsiones son trabajadas en la sesión, en la que los y las pacientes identifican cuáles son sus tendencias para reaccionar a las situaciones (Ver ejemplos de distorsiones cognitivas en anexo 7).

Con esta actividad y con la revisión de los registros de la semana anterior, se encuentra que las distorsiones más empleadas en relación con la enfermedad corresponden a pensamientos catastróficos, en los que tienden a predecir el futuro negativamente, por

ejemplo uno de ellos identifica que una de sus ideas constantes es “ya no puedo hacer nada por mí, esta enfermedad me mata silenciosamente”, otra de las ideas que predomina es la descalificación hacia ellos mismos (as) con expresiones de tipo “con esta enfermedad ya no valgo nada”.

Con lo mencionado, se observa que en esta sesión se logra el entrenamiento en el cuestionamiento de los pensamientos irracionales, es por ello que se hizo entrega de una nueva hoja de registro en la que trabajarían en la semana siguiente, a dicha hoja se agregaron dos casillas en comparación a la abordada la semana anterior, la primera de ellas correspondiente a la respuesta adaptativa, en la que se contestaban las siguientes preguntas ¿de qué me sirven estos pensamientos? ¿qué consecuencias traen estos pensamientos? y ¿cuál es la distorsión que está presente?, y la segunda columna referente al resultado, el cual buscaba que los y las participantes (después de haber cuestionado sus creencias) evaluaran con una escala del uno al diez ¿cuánto creían ahora en ese pensamiento? (Ver autorregistro semana 3 en anexo 8).

La sesión #4 se dedicó a la revisión lo registros mencionados anteriormente, para esto se estableció una dinámica en la que por voluntad propia los y las pacientes exponían su experiencia con el autorregistro. Algunos de los pensamientos frecuentes que se presentaron fueron “me veo fea, no me gustan mis dientes” “no puedo controlar mi alimentación, el cuerpo me pide comer todo el día” “mi hermano va a pensar que no me interesa saber cómo está mi mamá” “tengo que solucionarle la vida a mi hermana” “todo tiene que estar bajo control” “seguro asaltaron a mi hija” y “ya estoy muy viejo para estudiar”. Con esta actividad se logra evidenciar que la mayoría de las creencias irracionales de los y las participantes confluían en posteriores estados de ansiedad “me

pongo tensa” “me dan nervios”, aspecto que ellos y ellas reconocieron en esta sesión y que además ello generaba que sus niveles de presión arterial aumentaran.

Posterior a esta dinámica, se revisó la casilla correspondiente a la respuesta adaptativa, en la que se procuraba un cuestionamiento de dichas creencias. En esta etapa los y las participantes afirman que sus pensamientos automáticos no les son funcionales ya que generan las siguientes respuestas “me siento aún peor después de pensar todo eso”, “desconfianza en mí mismo”, “mucho ansiedad”, “altos grados de estrés” y “me pongo muy triste”, estas a su vez concluían en conductas como “me aísló”, “lloro”, “no duermo”, “como aún más” y “grito a mi esposa”.

En la columna de resultados, los y las participantes registraron creer cada vez menos en los pensamientos que previo habían experimentado, en una escala del 1 al 10 (donde 1 era “creo nada en ese pensamiento” y 10 “creo mucho en ese pensamiento”), el nivel de creencia de los pensamientos irracionales osciló entre 1 y 5.

Después de la fase de cuestionamiento, se buscaban pensamientos alternativos, para lo que se motivó a realizar una inspección de sus cogniciones y a que practicasen nuevas formas de pensamientos que les resultaran de mayor utilidad y que por consiguiente repercutieran en conductas más adaptativas, es por eso que se hace entrega de otra hoja de autorregistro igual a la empleada en la semana anterior, con la que se pretendía observar los cambios desarrollados, los cuales se describen a continuación como parte de las actividades realizadas en la sesión siguiente.

Es así como la sesión #5 se desarrolló mediante citas de modalidad individual, en las que se atendió a todos los y las pacientes por un periodo de tiempo aproximadamente de 45 minutos. Este cambio en la modalidad de atención surgió como una necesidad de evaluar cada uno de los casos con mayor detenimiento y con el objetivo de comparar los registros

anteriores con los actuales, actividad que dio como resultado que 8 de los 10 participantes lograron realizar modificaciones en sus pensamientos y esto repercutió en nuevas formas de conducta que ellos y ellas mismas caracterizaron como “más positivas”. Así por ejemplo, algunos de los pensamientos que resultaron en esta semana fueron “puedo ayudar pero no tengo porqué solucionarle la vida a nadie”, “puedo intentar estudiar, en algún momento terminaré”, “sé que puedo controlar mi enojo”, “me acepto así como soy” “puedo dejar de comer tanto” “no me interesa lo que los demás piensen de mí”.

Respecto a las nuevas formas de conducta, se reportaron las siguientes “comparto más tiempo con mi esposo”, “salgo más de mi casa”, “hablé las cosas con más serenidad sin llegar a los gritos” “averigüé en una academia que preparan para sacar el bachillerato por madurez” “saqué una cita para ver si me pongo frenillos”.

Antes de concluir con la etapa de entrenamiento en reestructuración cognitiva, se realiza una cita individual más con dos de las personas que tuvieron mayor dificultad para realizar los ejercicios de los autorregistros. Con ellas se abordó la temática no tanto completando los registros de forma escrita, sino por medio de conversaciones, logrando observar pequeños cambios positivos mayormente en sus formas de conducta, como por ejemplo “hice comidas más saludables” y “ahora salgo a caminar”.

Manejo de la activación fisiológica emocional

Además del entrenamiento en estrategias de respiración y relajación como herramientas para el logro de la desactivación fisiológica producto de la respuesta biológica emocional, se decide incluir en esta etapa dos sesiones que cumplieran el objetivo de generar una experiencia conductual relevante para los y las participantes, complementando el manejo de la activación fisiológica (generada por altos niveles de ansiedad), a través de

la preparación en técnicas para el establecimiento de hábitos alimenticios saludables y ejercicio físico.

De esta forma, la sesión #6 correspondió a una charla impartida por una nutricionista, donde se abordó el tema de la alimentación de las familias en las que alguno (a) de sus miembros padece de hipertensión arterial, así como los cambios en la dieta que se deben procurar. De igual manera, se buscó que los y las participantes logaran obtener una mayor consciencia de enfermedad, ya que al preguntarles sobre sus padecimientos sólo tres de ellos reconocieron a la hipertensión como un trastorno, el resto respondían con afirmaciones de tipo “por dicha soy muy sano” “no padezco de nada”.

Otro de los ejes de esta intervención, radicó en la explicación de la importancia que posee el ir desarrollando cambios de manera progresiva a la hora de modificar los hábitos alimenticios, ya que muchos de ellos y ellas exponían haber intentado realizar una dieta en otras ocasiones, no obstante no lograban concluir o bien no obtenían los resultados esperados. Es por lo anterior que se hace énfasis en dilucidar que los cambios deben ser progresivos pero duraderos a los largo del tiempo, por ejemplo, si en la preparación del arroz se agrega 1 cucharada de sal, se puede empezar a disminuir “una pisca” cada semana.

Dentro de los resultados que se obtienen de esta sesión, se puede mencionar que los y las participantes practicaron y aprendieron a leer las etiquetas nutricionales de los productos que se compran en el supermercado, además de la tipificación de los alimentos con altos contenidos de sodio y potasio, identificando que este último debe ser el más consumido en la dieta de las personas con hipertensión arterial, ya que ayuda a regular los niveles de sodio.

Siguiendo la línea de los cuidados que deben poseer los y las pacientes para el manejo de la activación fisiológica, la sesión #7 buscó abarcar la importancia del desarrollo

de hábitos de vida saludables en relación a la enfermedad, centrando especial atención en los programas de ejercicio físico, para lo cual se invitó a una especialista en ciencias del movimiento humano, quien cuenta con un doctorado en el tema de “ejercicio e hipertensión arterial”.

De la charla, se encuentra que los y las participantes logran reconocer la idea de que el ejercicio físico es fundamental en la cotidianidad de los pacientes con hipertensión, aclarándose que la actividad física se refiere a una amplia variedad de movimientos musculares y no debe asociarse únicamente con la práctica de algún deporte. Igualmente, se distinguen entre los ejercicios anaeróbicos y aeróbicos, siendo estos últimos los más recomendados para los y las pacientes, ya que su finalidad es mejorar la función del sistema cardiovascular, logrando resultados hipotensivos.

De estas actividades, los y las participantes admiten que algunas de las cuales pueden realizar son las siguientes: caminar enérgicamente, bajar escaleras, bailar, montar bicicleta, nadar y aprovechar el quehacer doméstico para ejercitar ciertos grupos musculares, por ejemplo las piernas.

Por su parte, en la sesión #8 se trabajó en la instrucción de habilidades de respiración abdominal, en la etapa de psicoeducación de este día se logra dejar de manifiesto que la activación fisiológica corresponde a un estado de alerta del organismo, que en niveles regulados permite a las personas ejecutar las actividades diarias, no obstante cuando dicha alerta se mantiene a lo largo del día, semanas e incluso meses, se pueden generar algunos daños al sistema circulatorio.

Por medio de dibujos se explica uique el aire ingresa al cuerpo y baja por la faringe y la tráquea hasta llegar a los bronquios que están al interior de los pulmones, los bronquios

que su vez se dividen en bronquiolos se encargan de proporcionar oxígeno a las arterias y este oxígeno es capaz de producir un efecto hipotensor.

Se expone además que cuando se experimentan estados de ansiedad, la respiración es rápida y superficial, lo que implica un uso reducido de la capacidad funcional de los pulmones, una mala oxigenación, un mal trabajo del sistema cardiovascular y un aumento de la sensación de tensión general del cuerpo.

Después de la exposición de dicha información, se realizaron los ejercicios mediante los que se entrenó a los y las pacientes en utilizar secuencias de respiración diafragmática, mismas que fueron practicadas en la última etapa (de 20 a 30 minutos) de cada una de las sesiones grupales posteriores. Los y las participantes mencionan que alcanzaron comprender cuál es la función que cumple la respiración en el manejo de la activación fisiológica, ya que al preguntarles ¿qué aprendieron de la sesión?, ellos responden con expresiones como “ahora sabemos que el oxígeno ayuda a relajar las arterias” “es por eso que cuando respiramos bien, sentimos todo como tan relajado” “respirar con el diafragma ayuda a disminuir los niveles altos de presión”.

De forma complementaria, en la sesión #9 se trabajó el tema de la relajación muscular. Para su desarrollo se informó acerca de la relación entre los músculos y la hipertensión arterial, concluyendo que los primeros son los encargados de hacer que la sangre circule por el cuerpo y por tanto la trascendencia de trabajar en los diferentes grupos musculares, aprendiendo a identificar cuando los mismos se encuentran en estado de tensión y cómo proceder para relajarlos. De esta forma, los y las participantes lograron comprender los beneficios de la relajación, dentro de los que mencionaron la “mejora en la regularidad del ciclo respiratorio”, la “disminución de la fuerza con que se contraen los

músculos cardíacos”, “la mejora del retorno venoso al corazón” y “la disminución de la presión arterial”.

Posteriormente, se dio paso al entrenamiento en la relajación muscular progresiva de Jacobson, la cual se trabajó dividiendo los músculos en secuencia céfalo-caudal por medio de ejercicios de tensión-relajación; el primer grupo muscular correspondió a los brazos, el segundo de ellos lo conformó la cara, nuca, hombros y parte posterior de la espalda, seguido del tercer grupo con el pecho, estómago–vientre y finalmente las caderas, muslos y pantorrillas. Dicha práctica, al igual que la respiración, se extendió a partir de esta sesión y hasta finalizar el tratamiento, esto por ser habilidades que se aprenden de manera progresiva, mejorando paso a paso (Ver guía de relajación muscular progresiva en anexo 9).

La sesión #10 tuvo por objetivo realizar un repaso de la información recopilada en esta etapa, los y las participantes mencionaron sus principales aprendizajes y se retomó la importancia de las técnicas aprendidas como medios para llevar a cabo la desactivación fisiológica y cómo esto contribuye en el control de la enfermedad. La sesión resultó de gran utilidad para realizar una evaluación de los cambios que se habían generado hasta el momento, dentro de los que se encuentra que gran parte del grupo mejoró sus hábitos de alimentación, por ejemplo consumiendo menos sal y más alimentos cargados en potasio y haciendo los cinco tiempos de comida recomendados por la nutricionista, asimismo se encuentra que todos y todas iniciaron una rutina de actividad física, dentro de las que se mencionó la natación, “caminar por la mañanas”, ciclismo, spinning y “ejercicios mientras se hace el oficio de la casa”.

Como elemento fundamental en esta fase del tratamiento, destacó la asignación de tareas para la casa, en las que se solicitó la práctica de los ejercicios de respiración y

relajación todos los días. Las asignaciones se realizaban al final de cada sesión y se revisaban durante los primeros minutos de la sesión siguiente, aspecto que permitió reforzar las habilidades aprendidas durante la terapia. Además, por medio de las tareas, se facilitó el proceso de generalización de lo aprendido en la sesión a la vida cotidiana. Por ejemplo uno de los pacientes mencionó que los ejercicios le fueron de utilidad para controlar el insomnio, otra de las participantes expresó sentirse “impresionada” porque los ejercicios de respiración le ayudaron a calmar la ansiedad ante un examen médico en el que le ataron los pies y los brazos, situación que según comenta “no lo hubiera asimilado antes de llevar esta terapia”, asimismo, otra de las participantes expone que los ejercicios le permitieron controlar su nivel de presión arterial elevado posterior a un legrado que le realizaron en el hospital, ella expresa “estaba muy nerviosa cuando desperté de la anestesia y escuché a un enfermero diciendo que tenía la presión muy alta, entonces me puse a practicar los ejercicios que aprendí en la terapia y cuando los enfermeros llegaron me felicitaron porque ya tenía la presión normal”.

Niveles de ansiedad

La ansiedad correspondió a una de las variables mayormente abordadas a lo largo del programa. En sus reflexiones todos los y las participantes demostraron comprender que gran parte de sus alteraciones en la presión arterial respondían a niveles altos de ansiedad, por ejemplo reconocieron que en ocasiones cuando su presión estaba elevada, era producto de eventos como “después de una cita importante” y “después de una discusión” que mencionan haberles ocasionado “mucho ansiedad”.

Los cambios en los puntajes de ansiedad del pre-test al post-test, medidos por el ISRA, se obtuvieron a través de la prueba T, la tabla 2 muestra las transformaciones en dichos índices.

Tabla 2

Efectos de la intervención en niveles de ansiedad

	Diferencias relacionadas						Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		T	
				Inferior	Superior		
Total- TotalP	120.90000	126.44318	39.98484	30.44800	211.35200	3.024	9 .014

Fuente: Elaboración propia.

Se muestran cambios estadísticamente significativos ($p < .014$) para la ansiedad antes y después del tratamiento. La media grupal correspondiente a esta variable en el pre-test fue de 246,5 puntos, mientras que la media del post-test correspondió a 125,6 puntos, es decir, la diferencia de medias entre el pre-test y el post-test fue de 120.9 puntos.

Control conductual de la enfermedad

El entrenamiento en el control conductual se basó en la utilización de estrategias de asertividad, dentro de estas la terapia en solución de problemas y la facilitación de herramientas para las habilidades sociales.

La sesión #11 se empleó para tratar el tema de la asertividad como un medio para mejorar la calidad de vida. Específicamente se hizo énfasis en la práctica de habilidades sociales, las cuales permitieron que el grupo aprendiera las diferentes estrategias para expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de una manera adecuada para diferentes situaciones y también a respetar esas mismas conductas en las demás personas.

La fase de psicoeducación estuvo orientada a reconocer los tres tipos de comportamiento que los seres humanos tienden a desarrollar en una situación conflictiva, el primero de ellos es el pasivo, que se caracteriza por la no defensa de sus derechos y por

colocar el bienestar de los demás ante el propio, llegando a realizar conductas que en ocasiones no desean. El segundo tipo de comportamiento tratado fue el agresivo, que en general se refiere a aquellas personas que consideran que sus pensamientos son los más importantes, tendiendo a responder a las situaciones por medio de insultos y gritos, sin dar valor a las necesidades o deseos de los demás. Finalmente, el comportamiento asertivo, que busca conocer y defender sus derechos y opiniones sin sobreponerse a las demás personas.

El ejercicio siguiente consistió en que los y las participantes identificaran el estilo de respuestas que predominaba en ellos y ellas, por medio del cual se encuentra que los comportamientos más comunes son el pasivo en las 8 mujeres y el agresivo en los 2 hombres, coherente con los roles de género socialmente asignados para cada sexo.

Finalmente se lleva a cabo un ensayo conductual en el que los y las participantes representan una situación en la que “un vecino les pide dinero prestado” actuando primero de modo pasivo, luego agresivo y finalmente asertivo. Concluyen la sesión indicando que si bien a veces se torna difícil comportarse asertivamente, “es la mejor estrategia para afrontar las situaciones y para relacionarse con las demás personas”, afirmando la necesidad que en ocasiones posee el decir un “no” asertivamente. Parte de la evidencia para afirmar que los y las participantes aprendieron a comportarse más asertivamente, son los testimonios que comentan en sesiones posteriores, en las que relatan anécdotas del cómo han logrado llevar a la práctica las estrategias aprendidas, por ejemplo una de ellas expone “mi hermana como siempre me llamó cuando yo estaba muy ocupada, antes de llevar este tema hubiera actuado de manera pasiva y me hubiese quedado 2 horas en el teléfono aunque yo no lo quisiera, pero identifiqué que tuve un comportamiento asertivo porque le dije –hermanita estoy muy ocupada, déjame terminar lo que estoy haciendo, llámeme después del medio día y con mucho gusto hablamos–”.

Por su parte, el entrenamiento en la solución de problemas se desarrolló en la sesión #12, en la que se explicaron las fases de dicha técnica (definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, evaluación de las alternativas, toma de decisiones, ejecución y verificación), utilizando para ello ejemplos que los y las participantes aportaban.

La parte práctica de esta etapa correspondió a completar un manual de solución de problemas. La idea se fundamentó en enseñar una herramienta que les permitiera enfrentarse a diferentes situaciones de forma ordenada y reflexiva, haciendo hincapié en el aumento de la confianza en sí mismos (as) y en sus habilidades para resolver problemas (Ver manual de solución de problemas en anexo 10).

Dicho manual se completó en la sesión #13 que se llevó a cabo en citas individuales, para las cuales los y las participantes tenían que haber realizado la formulación del problema y haber generado la mayor cantidad de alternativas posibles. Por tanto, las sesiones estuvieron enfocadas en escribir más de las posibles soluciones (sin realizar ningún tipo de valoración), seguido de la elección de una o algunas de ellas (las que los y las pacientes se comprometieran a ejecutar). Sobre esta base se hacían planes alternos, imaginando o simulando los pasos para su instrumentación y analizando sus consecuencias. Esta técnica se aplicaba tanto para la solución de los obstáculos relacionados con adherencia terapéutica (dieta, actividad física, etc.), como para otros problemas relacionados con la familia e interacción con otras personas.

Los principales temas elegidos por los y las participantes correspondieron a creación de rutinas para la actividad física (4 personas), cambio de hábitos alimenticios (2 personas), control del enojo (2 personas) y “dejar de buscar soluciones a la vida de los demás” (2 personas).

Finalmente, en la sesión #14 se sugirió compartir las experiencias y modificaciones que hasta el momento habían desarrollado en torno a la temática elegida para trabajar. Dicha sesión se empleó como una forma de evaluación del avance de los y las participantes, en la que se encuentra que todos ellos y ellas habían experimentado algún tipo modificación positiva en sus vidas después de haber completado el manual en solución de problemas. Así por ejemplo, algunos familiares de los y las pacientes les reconocieron cambios en la forma de alimentarse, el hacer actividad física e incluso en los estados de ánimo. Todos expusieron sentirse más a gusto con sus vidas y con la forma de relacionarse con sus allegados.

Esta práctica proporcionó apoyo para aumentar la confianza en sí mismos en la resolución de problemas cotidianos y se evidenció como paulatinamente iban aprendiendo, practicando y obteniendo refuerzos, expresan “ya ahora veo que sí era posible hacer una rutina de ejercicios”, “creo que lo diferente a las ocasiones anteriores en las que intenté hacer un cambio, es que ahora estoy trabajando la parte psicológica, por eso tengo más confianza en que puedo mantener los cambios”, “sé que el control de mis emociones lo tengo yo y no los demás, esto me ayuda a enojarme menos”.

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento correspondió a otra gran dimensión de los estilos de vida abordados en la presente práctica. Es así que como parte del objetivo correspondiente a aumentar en los y las participantes la adherencia al tratamiento, se realizó en la sesión #15 una charla con el médico del EBAIS de Alfaro, en esta además de la explicación del concepto de presión arterial, se abordaron temas como los órganos blanco de la enfermedad, correspondientes al cerebro, los ojos, el corazón, los riñones y las arterias.

Asimismo, el médico explica sobre los diferentes modos de tratamiento, dando especial importancia al farmacológico ya que han demostrado una alta eficacia, no obstante expone la terapia psicológica como un medio complementario al tratamiento farmacológico, anotando que la hipertensión arterial se ve afectada por factores emocionales.

En esta sesión se dedica un espacio para explicar la acción de los fármacos en el cuerpo y sus efectos secundarios, para lo cual el médico realiza dibujos en la pizarra que fueron muy bien comprendidos por los y las pacientes. Esta dinámica fue aprovechada para generar preguntas en torno a sus medicamentos, como por ejemplo el por qué no todos toman los mismos fármacos, a lo que el médico responde afirmando que esta selección depende de las características de cada paciente y a cuál ha sido la respuesta del organismo para con el medicamento. Además, queda claridad con respecto al tema de la pastilla diurética (una duda de todos y todas) explicando que el efecto de la misma no es solamente la eliminación de líquidos del cuerpo, sino que esta actúa también como hipotensora, siendo un complemento importante del otro u otros fármacos que consuman. De este modo los y las participantes afirman haber comprendido la importancia de tomar dicha pastilla de la manera en la que ha sido recetada, ya que “si prescindimos de la diurética los niveles de presión arterial podrían aumentar”.

Por último, se trabaja el tema de los tipos de accidentes cerebrovasculares e infartos agudos de miocardio, a los cuales como pacientes con hipertensión arterial están vulnerables de sufrir cuando no hay un adecuado seguimiento médico y cuando no se practican estilos de vida saludables, haciendo especial énfasis en los hábitos de alimentación, el ejercicio físico y el control de la ansiedad.

En esta línea, la sesión #16 enfocó su atención en reforzar los conocimientos adquiridos en la charla de la semana anterior, para ello los y las participantes mencionaron cuáles fueron los datos que más llamaron su atención, en los que resaltó el que “otros órganos se pueden ver afectados” y que cada fármaco responde a las características y necesidades individuales.

Se denota como el tema de los accidentes cerebrovasculares y los infartos fue bien comprendido, anotando que estas son “dos razones más para cuidar la salud”. Igualmente, según el discurso de los y las participantes en la última sesión, mejoraron las prácticas en lo que respecta a la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que expresan haber reconocido la importancia de por ejemplo la pastilla diurética, la cual antes de la charla con el médico era en muchas ocasiones suspendida a criterio de los y las pacientes, conducta que todos (as) afirman no haber repetido más.

Prevención de recaídas

Como fase final de la terapia, se buscó que los y las participantes aprendieran estrategias para prevenir futuras recaídas con respecto a las modificaciones que hasta el momento habían logrado desarrollar con el apoyo de la terapia cognitivo conductual.

Es por lo anterior que en la sesión #17 se abarcó en primer lugar el concepto de recaída, este término se definió de manera grupal y fue entendido por los y las pacientes como un “proceso de retroceso no sólo a las conductas anteriores al tratamiento, sino también al retorno de los pensamientos irracionales” que generaban (en los 10 participantes) estados elevados de ansiedad.

Después de la definición en conjunto, se trabajó en la identificación de “señales alarma” que podrían indicar a los y las pacientes la posibilidad de una recaída. En esta

etapa se explicó que dichas señales o “alarmas” (como ellos mismos las nombraron) pueden ser de pensamiento, emocionales o conductuales. Cada una de ellas fue ejemplificada con los casos del grupo, de esta forma una alarma de pensamiento que podría indicar una posible recaída sería “que en la mañana me piense que mejor no voy a salir a caminar”, una alarma emocional “que me sienta triste otra vez porque no puedo ayudar a mi hija a solucionar sus problemas” y una alarma conductual “volver a comer 10 rollos de sushi en una sola sentada”.

Posterior a la identificación de las señales, se realizó un ejercicio en el que los y las participantes mencionaban cómo en ocasiones anteriores habían intentado buscar solución a algún problema y cuáles habían sido los obstáculos que se les presentaron para no poder cumplir con la meta establecida. Para ello tomaron de ejemplo la situación planteada en el manual de solución de problemas, desarrollado en la fase de control conductual. Este ejercicio les ayudó a evidenciar que la mayor parte de los eventos que les habían llevado a recaer correspondían a los pensamientos automáticos que surgían en momentos determinados, por ejemplo “para qué caminar, eso no ayuda en nada”, “yo no puedo seguir con esta dieta”, “no puedo levantarme temprano”, “no me puedo quedar de brazos cruzados viendo como mi familia tiene problemas, tengo que solucionarlos”.

Los y las participantes concluyen que el “conocer que existen señales alarma fue de gran aprendizaje”, ya que es un modo de “darse cuenta” cuando una recaída está por llegar y de esta manera poder evitarla “antes de que sea demasiado tarde”.

Como complemento a lo realizado, la sesión #18 se orientó a la práctica de lo aprendido la semana anterior, para lo cual los y las participantes repasaron la información abordada en la

semana #17 y posterior a ello se realizó un ejercicio en el que imaginaban cómo podría ocurrir una recaída en cada uno de sus casos, para esto cada uno de los miembros del grupo se contestó a las siguientes preguntas ¿cómo empezaría a detectar que estoy recayendo? ¿cuáles serían los pasos a seguir para evitar la futura recaída?

Una vez contestadas las preguntas, se llevó a cabo un ensayo conductual en el que los y las participantes con la colaboración de alguno de sus compañeros (as) de terapia, representaban la experiencia imaginada como futura recaída. Por ejemplo, uno de los casos representó un momento en el que se encontraba en una fiesta familiar rodeada de alimentos y donde su pensamiento era “voy a comer hasta explotar”, en el cual sin cuestionar esta cognición su conducta posterior era la de consumir dichos alimentos sin límite alguno, conducta que conllevaría (según su relato) a “una terrible culpa” que generaría “mucho ansiedad”, abandonando posteriormente el plan de alimentación establecido.

Con esta actividad se logra evidenciar que los y las participantes adquirieron habilidades para la identificación de pequeñas señales que podrían llevar a futuras recaídas, dentro de esto se hizo especial énfasis en los pensamientos irracionales como principales potenciadores de conductas de riesgo, siendo ellos mismos (as) quienes afirmaban que “nuestros pensamientos podrían ser nuestros peores enemigos”.

De esta manera es como concluye el periodo destinado para la puesta en práctica del modelo cognitivo conductual como terapia para el tratamiento de la hipertensión arterial. Por tanto, la sesión #19 se empleó para realizar el cierre de la terapia, agradeciendo a los y las participantes su disposición y compromiso con el proceso y con ellos mismos (as) y

realizando finalmente la evaluación post-tratamiento, completando los instrumentos requeridos.

Discusión

A nivel nacional, para el año 2010 la prevalencia de la hipertensión arterial diagnosticada en Costa Rica correspondió a un 31.5% de la población. Además del carácter incapacitante para las personas que la padecen, dicha situación le generó a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) un gasto de cuarenta y siete millones trescientos ocho mil colones en tratamientos farmacológicos (Caja Costarricense del Seguro Social, 2011).

A pesar de las cifras presentadas anteriormente, las instituciones que velan por la salud pública en Costa Rica no cuentan hasta la fecha con programas establecidos para tratar las variables psicológicas que se asocian a las enfermedades crónicas, como es el caso de la hipertensión arterial. Si bien, se ha demostrado con estudios científicos el papel de los factores psicosociales como influyentes en la salud y la enfermedad en general, es notorio que sigue imperando el modelo biomédico a la hora de entender y abordar las enfermedades que aquejan constantemente a la población (Menendez, 2005).

Dicho abordaje excluye en gran medida la función de los pensamientos, las emociones, las conductas e interacciones presentes en la aparición y desarrollo de las enfermedades, lo que se puede ser analizado como un impedimento a la hora de comprender integralmente la enfermedad (De la Villa, 2008).

Por lo descrito, surge la necesidad de asumir las variables psicosociales que intervienen en las enfermedades crónicas. Dicha iniciativa es bien contemplada por la psicología de la salud, que busca poseer una visión contextualizadora y da la posibilidad

de comprender cada vez más cómo los factores del entorno y personales mediatizan el proceso salud-enfermedad (Martin, 2003).

Desde el marco de la psicología de la salud, para establecer el plan de intervención que mejor se adecúe, es preciso primero conocer las características de la población con la que se trabaja. En el caso de la presente práctica se trata de una condición específica (hipertensión arterial) que posee variables psicológicas, biológicas y sociales que influyen en lo que se conoce como calidad de vida.

Es por lo anterior que una perspectiva bio-psico-social de la hipertensión arterial proporciona mayor factibilidad a la hora de realizar una intervención psicológica con dicha población. Esta posición asume que las respuestas cardiovasculares están mediadas no sólo por su fisiología, sino por una serie de acontecimientos situacionales, de procesos psicológicos, como por ejemplo las cogniciones y de estilos de vida, que han demostrado determinar en gran medida el comportamiento de la presión arterial (Magán, 2010).

Un programa de atención centrado en la incorporación de estilos de vida saludables para personas con hipertensión arterial, involucra el establecimiento de estrategias y habilidades funcionales que provean seguridad y bienestar a las personas que las utilizan, de modo que esto contribuya al mejoramiento de la calidad de vida. En esta línea, la teoría proporciona evidencia para afirmar que el modelo de intervención cognitivo conductual resulta de gran utilidad en el abordaje de trastornos biológico-comportamentales como lo es el caso de la hipertensión arterial, permitiendo a sus participantes contar con estrategias funcionales para el control de su enfermedad (Tobal et al., 1994).

Este tipo de padecimientos han representado a lo largo del tiempo uno de los blancos principales de la psicología de la salud, dentro de la que se enmarcó la presente intervención. Sus investigaciones alcanzan a demostrar cómo los estados psicológicos que

experimentan las personas influyen de manera significativa en los procesos de salud y enfermedad, donde por ejemplo diferentes emociones pueden tener efectos positivos o negativos en el bienestar físico de las personas (Becoña & Oblitas, 2010).

El diagnóstico de una enfermedad crónica, puede cambiar repentinamente la forma en la que un sujeto interpreta su vida y calidad de la misma (Vinaccia et al., 2007). Por tal razón el programa procuró hacer hincapié en dicha variable, la que mejoró significativamente en todos los y las participantes después de la terapia, tal y como resultó en la intervención cognitivo conductual realizada por Ceballos et al. (2005), quienes afirman además que esta es una variable en estrecha relación con la salud, y que su deterioro está asociado al desgaste físico y psicológico que causan las enfermedades, como por ejemplo la hipertensión arterial.

En lo que respecta a los niveles de presión arterial, se muestra que una de las ventajas al finalizar el tratamiento fue la disminución de los niveles de presión arterial sistólica (PAS). En promedio, se logró una reducción de 28 mm Hg comparando la primera medida con la realizada en el post-test, lo cual resulta significativo considerando que la OMS (2004) estima que una disminución de 2 mm Hg en la presión arterial sistólica produce una reducción del 6% en la mortalidad por año que generan los accidentes cerebrovasculares, 4% para enfermedades cardiovasculares y 3% para todas las causas asociadas.

Por su parte, en lo referente a la presión arterial diastólica (PAD), se presentó una reducción de 5,8 mm Hg en promedio. No obstante, al analizar los datos distribuyendo los pacientes en niveles controlados y no-controlados, la mayor parte de los y las participantes logró niveles controlados de PAD conforme avanzaba el programa.

De lo mencionado se deduce que el programa beneficia en lo que respecta a la disminución de la presión arterial. Muchos estudios, dentro de estos el realizado por Moreno et al, (2006) demuestra la eficacia de la terapia cognitivo conductual como medio para el control de la hipertensión arterial.

Además, se concluye que las creencias irracionales pueden ser efectivamente reestructuradas con la intervención cognitivo conductual, apoyándose en este caso con los autoregistros, los testimonios de los y las participantes, el cuestionamiento de ideas, la contrastación de pensamientos y la discusión que surge como parte de las dinámicas de las sesiones terapéuticas grupales (Correa et al., 2004).

Según datos de Labiano y Brusasca (2002), muchas de las personas que tienden a realizar evaluaciones situacionales cargadas de ansiedad es porque perciben los estímulos como amenazantes, aspecto que altera el equilibrio interno del organismo y puede generar niveles elevados de presión arterial. Por tanto, los y las pacientes con hipertensión que aprenden a pensar de manera diferente, reestructurando sus creencias irracionales, son capaces de enfrentar de un modo más efectivo las situaciones que antes les generaban ansiedad, es así como este aprendizaje cognitivo también resulta favorecedor para la disminución de las cifras de presión arterial.

De esta forma, las estrategias de reestructuración cognitiva ocupan una posición privilegiada en el tratamiento psicológico de los trastornos cardiovasculares, ya que su eficacia ha quedado demostrada en diversos estudios que trabajan con dicha población (Ceballos et al., 2007).

En lo que referente al manejo de la activación, se muestra que posterior al programa, las medidas de ansiedad disminuyeron de manera significativa, lo cual coincide con la mayoría de estudios que han manifestado su utilidad para el entrenamiento de técnicas para

el control de la ansiedad y la consecuente reducción de los niveles de presión arterial (Armario, Martín-Baranera, Almendros, Ceresuela, & Pardell, 2003).

En esta línea, la respiración abdominal es considerada una herramienta potente para el descenso en las cifras de ansiedad y de tensión arterial, ya que a través de esta técnica se activa el sistema nervioso parasimpático regulando los latidos cardíacos que se dan entre la inspiración y la exhalación, lo que conlleva a una reducción del ritmo cardíaco (Navarro, 2002).

El programa ejecutado también contribuyó en el desarrollo de habilidades por parte de los y las participantes para comunicarse e interactuar asertivamente con sus familiares y allegados. Este elemento resulta de gran relevancia en pacientes que padecen hipertensión arterial ya que colabora en el establecimiento de acuerdos y negociaciones referentes a cambios, por ejemplo en la alimentación y rutinas familiares que pueden interferir en el logro de sus objetivos y la modificación de estilos de vida (Schnall, 2005).

Asimismo, las estrategias empleadas para el control conductual de la enfermedad se vieron favorecidas por medio de los entrenamientos en solución de problemas que permitieron trabajar la variable ansiedad, la cual en muchas ocasiones se asocia a la incapacidad para tomar decisiones (Holst & Quirós, 2010).

Paralelo a este aprendizaje, se pretendía hacer especial énfasis en el aumento de la confianza en sí mismos (as), ya que según algunas investigaciones cuando la autoconfianza se ha perdido, es frecuente encontrar personas que no llevan a la práctica estrategias para la solución de problemas (Tobal et al., 1994). Es decir, una persona que no confíe en su capacidad para resolver situaciones conflictivas, procurará no enfrentarse a estas, aunque posea las habilidades necesarias para hacerlo.

Por lo anterior, aprender nuevas técnicas para enfrentar las situaciones problema, puede favorecer procesos adaptativos que ayudan a las personas a realizar un análisis de los diferentes recursos cognitivos, emocionales y de comportamiento y a ejercitar nuevos repertorios de actitudes y conductas, contribuyendo indirectamente a lograr una mejor regulación psico-fisiológica (Labiano y Brusasca, 2002).

En consecuencia, el comportamiento de los y las pacientes corresponde a un eje fundamental para lograr su bienestar, es así como las creencias que se posean en torno al seguimiento o no seguimiento de las instrucciones del médico, determinarán en gran medida sus conductas, como por ejemplo las de adherencia terapéutica (Sánchez, 2006).

Respecto a esta última variable, según algunas investigaciones las personas que padecen de hipertensión arterial, suelen poseer una deficiente percepción del riesgo, que podría resultar en la decisión de suspender su tratamiento, esto porque las consecuencias en ocasiones no son notorias de inmediato (Ceballos et al., 2005). En efecto, la adherencia abarca, no sólo las creencias de los pacientes en torno a su tratamiento, sino una serie de conocimientos, conductas y habilidades que requieren de una actuación eficaz por parte del sujeto (Varela et al., 2006).

Es por ello que el programa de intervención incluyó dicha variable, demostrando su efectividad en lo que respecta a dar responsabilidad a los y las pacientes sobre sus conductas de adherencia tanto al tratamiento farmacológico, como en los hábitos alimenticios y ejercicio físico, tal y como resultó en la intervención cognitivo conductual realizada por Ceballos et al. (2005). La idea no se basó solamente en que se siguiera pasivamente las instrucciones del médico, sino que se comprendiera el por qué resultaba importante la participación activa en el tratamiento farmacológico complementado por el no farmacológico, para la mejora de las condiciones de salud y de vida.

Finalmente, en lo que corresponde a la variable de prevención de recaídas también abordada en las últimas sesiones de la práctica, se logró contribuir en la identificación de pensamientos, conductas y eventos que resultan de alto riesgo potencial para retroceder a los patrones de comportamiento superados en el proceso terapéutico. Según Olivares, Piqueras y Rosa (2006) incluir la prevención de recaídas en los tratamientos psicológicos es de gran utilidad para que el o la paciente prevea sus conductas en el momento de experimentar un evento que pueda resultar en una recaída.

Con las evidencias mencionadas, se subraya la importancia de la implementación de la presente práctica y del quehacer de la psicología de la salud en el área de las enfermedades cardiovasculares en lo que respecta al desarrollo de programas efectivos para la promoción de conductas saludables y la intervención en factores que permitan a los portadores y portadoras de este tipo de trastornos una buena calidad de vida.

Recomendaciones y limitaciones

En los últimos años, los trastornos cardiovasculares han ocupado las primeras posiciones en los padecimientos de la sociedad costarricense, dentro de estos, la hipertensión arterial apunta como la más frecuente (Caja Costarricense del Seguro Social, 2011).

Las altas tasas de incidencia de la hipertensión arterial a nivel nacional y sus factores asociados con la mortalidad, dejan de manifiesto que la atención de los trastornos cardiovasculares no debería limitarse a su tratamiento farmacológico. Por su multicausalidad, es necesario para las entidades de salud en Costa Rica detectar mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales en su prevención, diagnóstico y manejo, teniendo en cuenta el contexto socio-cultural de las personas.

Para lograrlo se propone entender la salud desde un abordaje más integral e interdisciplinario, que incluya entre otras áreas a la medicina, nutrición, fisioterapia y en especial a la psicología como un ente mediador entre la salud física (asociada a la medicina) y la salud mental, por medio de la incorporación de estilos de vida saludables.

Por lo anterior, se recomienda al Área de Salud de San Ramón, replicar este tipo de programas en los EBAIS que se encuentran a su cargo. Resulta perentorio realizar intervenciones desde la psicología para el campo de la salud pública, ya que como se ha demostrado, esta disciplina en especial desde el modelo cognitivo-conductual resulta eficaz en el tratamiento de enfermedades crónicas, en este caso específico, de la hipertensión arterial.

Se sugiere que la aplicación del programa se efectúe con volumen de 10 a 15 participantes como máximo, para obtener mayor provecho de la experiencia de cada uno (a), un mejor control de la terapia y para que se facilite la confianza en el grupo a la hora de abordar temas personales.

En lo que respecta a la población meta, se propone plantear estrategias efectivas para lograr la intervención apuntando a participantes con características variadas, como por ejemplo a personas laboralmente activas, ya que en el caso de la presente práctica se contó con una población homogénea, representada mayormente por mujeres trabajadoras del hogar o bien pensionados (as), quienes poseían mayor flexibilidad de horario y condiciones para adaptarse al planteamiento del programa. Lo anterior se indica debido a que tres participantes abandonaron el la terapia por motivos laborales, específicamente por incompatibilidad de horarios; de los tres, dos se retiraron en la segunda semana de febrero, cuando inició el periodo lectivo, ya que ambas trabajaban como docentes en centros educativos.

Para futuras intervenciones, en la parte metodológica se propone adaptar en todo momento las explicaciones (en especial en la fase de psicoeducación) al nivel cultural de la muestra. Para tal efecto se torna necesaria la utilización de vocabulario sencillo, esquemas de información y material audio-visual.

Otra tarea prioritaria está representada por el control de la presión arterial semanal y en la medida de lo posible diaria, ya que corresponde a una buena alternativa para obtener mediciones constantes durante periodos prolongados, proporcionando cifras más objetivas que toman en consideración los cambios en la presión arterial tras la aplicación de un programa de intervención.

Para que dichos cambios resulten significativos es de suma importancia invertir el tiempo necesario para que los y las pacientes comprendan la salud como un ente más integral, en el que influyen no sólo sus procesos biológicos y genéticos, sino también sus pensamientos, emociones, conductas y la interacción con el medio que les rodea. Es un reto para la psicología de la salud lograr que la modificación de conductas, hábitos y estilos de vida se plantee sin que se suponga como una imposición, sino como una opción saludable en beneficio propio.

Cabe señalar que las técnicas planteadas, como por ejemplo los registros conductuales, los ejercicios de relajación, respiración y las asignaciones para el hogar son fundamentales en el logro de los objetivos del tratamiento. En efecto, se recomienda a los y las terapeutas elegir las técnicas adecuadas para procurar la efectividad de la intervención.

Atendiendo a estas consideraciones, se sugiere el uso de los auto-registros, ya que permiten identificar pensamientos, creencias, emociones, estados y conductas relacionadas a la enfermedad, lo que posibilita mantener un mayor control y seguimiento de los y las pacientes a lo largo de las sesiones.

Asimismo, es fundamental indicar la importancia que posee el propiciar en los y las pacientes la práctica diaria sostenida fuera del contexto clínico de las habilidades que se van adquiriendo en el transcurso del proceso. Lo anterior resulta crucial para el mantenimiento de la mejoría lograda.

Además de lo ya mencionado, resulta elemental señalar la trascendencia que posee el profundizar más en las dinámicas familiares de cada paciente. A pesar de que en diferentes ocasiones durante el proceso se explicó que los cambios en los hábitos deberían incluir a los miembros de la familia, sería importante incluir a la misma en algunas sesiones de trabajo y entrenar a los y las pacientes para que evalúen no sólo su avance sino el de toda la familia en beneficio de las nuevas prácticas establecidas para mejorar la calidad de vida.

Para próximas investigaciones, se torna deseable analizar el impacto económico de la institución, que surge de la intervención psicológica en comparación con el tratamiento solamente farmacológico, en el corto, mediano y largo plazo.

Finalmente, a la carrera de Psicología en general se recomienda abordar la diferencia entre los campos de acción y los alcances que posee la psicología clínica y psicología de la salud, ya que en muchas ocasiones se tienden a traslapar ambas disciplinas, siendo sus objetivos muy distintos. Así, los espacios de salud pública en lo que respecta a enfermedades crónicas por ejemplo, se adecúan más a las funciones de la psicología de la salud, modificando estilos y hábitos, mientras que los trastornos mentales a la psicología clínica.

Lo anterior, lleva a pensar que una limitación que surge desde la psicología, es que en su formación no se establece tal diferencia y que desde su ejercicio no se ha

promocionado lo suficientemente el campo de acción de la psicología de la salud, por lo que hasta la actualidad no se hace una distinción marcada entre ambas disciplinas.

En torno a esta dinámica, para la presente práctica una de las grandes limitaciones correspondió a que durante la formación en los 5 años de carrera, no se contó con un curso específico que abordara las variables biopsicosociales de este tipo de enfermedades. Esto generó que en el ejercicio como terapeuta de la salud, surgiera la necesidad de dedicar más tiempo a la investigación del trastorno y a las supervisiones con profesionales en el área.

Propiamente de la intervención, una de las dificultades se relacionó con la fase correspondiente a completar los cuestionarios de evaluación. La mayoría de participantes expresaron tener dificultades visuales para llenar los instrumentos, en general por el tamaño de la letra y los pequeños espacios entre cada casilla de respuesta. Lo descrito es fundamental de tomar en consideración a la hora de realizar futuras intervenciones, procurando aumentar las dimensiones de las letras y los espacios para las respuestas.

Situación similar a la descrita ocurrió con dos de las participantes en el momento de completar los autorregistros, ya que por motivo de sus discapacidades visuales no lograron realizar sus anotaciones en los mismos. Dicha condición condujo a establecer sesiones extra con ambas participantes para trabajar los registros de forma oral.

Respecto al alcance de la presente intervención, a corto y mediano plazo es esperable que la mejoría lograda se mantenga, no obstante, a largo plazo podría presentarse la limitante de que si no se da un seguimiento al proceso desarrollado, se originen recaídas a los hábitos anteriores que fueron superados durante la terapia.

Para concluir, cabe mencionar que el número de personas intervenidas resulta insuficiente para generalizar los resultados a poblaciones mayores, no obstante, esto tampoco desmerita los alcances reportados.

Referencias Bibliográficas

- Abellán, J., Leal, M., Gil, V., Merino, J., Llisterri, J., & Gómez, P. (2008). Influencia del ambiente en la medición de la presión arterial. *Archivos en medicina Familiar*, 10(3), 80-83. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719086003>
- Armario, P., Martin-Baranera, R., Almendros, M. C., Ceresuela, L., & Pardell, H. (2003). Blood pressure reactivity to mental stress task as a determinant of sustained hypertension after 5 years of follow-up. *Journal of Human Hypertension*, 17(3), 181-186. doi: 10.1038/sj.jhh.1001530
- Baena, J. M., del Val García, J. L., Tomás, J., Martínez, J. L., Martín, R., González, I., Raidó, E. M., Pomares, M., Altés, A., Álvarez, B., Piñol, P., Rovira, M., & Oller, M. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58(4), 367-373. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/epidemiologia-las-enfermedades-cardiovasculares-factores-riesgo-atencion-13073893-epidemiologia-factores-riesgo-prevencion-2005>
- Becerra-García, A., Madalena, A., Estanislau, C., Rodríguez-rico, J., & Dias, H. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de psicología*, 39(1), 75-81. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v39n1/v39n1a06.pdf>
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2010). Promoción de estilos de vida saludables. En Oblitas, L. (Ed.). *Psicología de la Salud y Calidad de vida* (pp.83-109). México: Cengage Learning

- Bobes, J., G-Portilla, M., Barcarán, M., Sáiz, P. & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría editores.
- Botella, C., & Narváez-Cabeza de Vaca, P. (2007). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos somatoformes. En Caballo, V. (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (355-406). España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2013). *Distribución de la población por grupo edad y sexo*. Informe de la situación de salud. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2012). *Área de Salud San Ramón: Análisis de la situación de salud (ASIS)*. Informe de la situación de salud. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2011). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular*. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Calvo, F., Díaz, D., Ojeda, N., Ramal, J., & Alemán, S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 2(3), 203–213. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/7844/>
- Ceballos, G., Laguna, R., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=8053730>

- Correa, D., Arrivillaga, M., & Varela, M. (2004). Conocimientos y creencias sobre hipertensión arterial presentes en usuarios de servicios de salud. *Pensamiento Psicológico*, 3, 41-58. Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/2/4>
- De la Villa, M. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N94-6.pdf>
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012a). Historia de la terapia cognitivo conductual. En Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (Eds.). *Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales* (pp.29-98). España: Desclée.
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012b). Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas. En Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (Eds.). *Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales* (pp.411-466). España: Desclée.
- Fernández, E., Martín, M., & Domínguez, F. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos cardiovasculares. En Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., & Vázquez, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp.93-121). Madrid: Pirámide.
- Gamboa, R., & Rospigliosi, A. (2010). Más allá de la hipertensión arterial. *Acta médica peruana*, 27(1), 45-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96618966008>

- Granados, G., & Roales-Nieto, J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 165-206. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen5/num2/118/formacion-de-creencias-sobre-falsos-sintomas-ES.pdf>
- Grimsrud, A., Stein, D.J., Seedat, S., Williams, D., & Myer, L. (2009). The association between hypertension and depression and anxiety disorders: Results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS ONE*, 4(5). doi:10.1371/journal.pone.0005552
- Hildingh, C., & Baigi, A. (2010). The association among hypertension and reduced psychological well-being, anxiety and sleep disturbances: a population study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (24), 366–371. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00730.x
- Holst, F., & Quirós, D. (2010). Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43), 35-46. Recuperado de <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/RCP-43/3-RCP-Vol29-No43.pdf>
- Instituto Carlos Slim de la Salud (2009). *Manual de mantenimiento de la salud para personas que viven con hipertensión arterial*. México: Galas de México S.A.
- Instituto Provincial de Bienestar Social. (2009). *Guía de intervención psicosocial y asesoramiento a cuidadores de personas en situaciones de dependencia*. España: Instituto Provincial de Bienestar Social, Diputación de Córdoba.

- Jiménez, R., & Rivera, L. (1994). *Propuesta de un tratamiento psicológico complementario al farmacológico para la hipertensión arterial*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica
- Jurado, A. (2010). *Adaptación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad a la población de Costa Rica*. (Tesis de doctorado en Psicología). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Jurado, A., & Ortiz, J. (2012). *Informe de resultados: Proyecto de intervención psicológica como coadyuvante en el tratamiento de la Psoriasis*. Trabajo sin publicar. Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica
- Labiano, L., & Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/180/18011328004.pdf>
- Labiano, L., Brusasca, C., & Gargani, A. (2005). *Control de la presión arterial a través de técnicas de relajación. Manual de Psicología Clínica y de Salud Hospitalaria*. Colombia: Psicom Editores.
- Labrador, F. (2009). Técnicas de control de la activación. En Labrador, F. (Ed.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp.199-223). Madrid: Ediciones Pirámide
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=21421364013
- Linden, W., & Moseley, J. (2006). The Efficacy of Behavioral Treatments for Hypertension. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(1), 51-63. doi: 10.1007/s10484-006-9004-8

- Ma, L., Kong, D., Qi, X., & Wang, L. (2008). Generalized anxiety disorder and the circadian rhythm of blood pressure in patients with hypertension. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 292-295. doi: 10.1080/13651500802136394
- Magán, I. (2010). *Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial*. (Tesis de doctorado en Psicología). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Martin, A. (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(3), 275-281 . Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000300012&lng=es&nrm=iso>. accedido en 29 sept. 2014.
- Menendez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/scol/v1n1/v1n1a02.pdf>
- Molerio, O., & García, G. (2004). Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología*, 13(2), 101-109. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26413208.pdf>
- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P., & Vera-Villarroel, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista médica de Chile*, 134(4), 433-440. doi: 10.4067/S0034-98872006000400005
- Mussi, C. (2010). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En Oblitas, L. (Ed.). *Psicología de la Salud y Calidad de vida* (pp.113-148). México: Cengage Learning

- Navarro, X. (2002). Fisiología del sistema nervioso autónomo. *Revista de Neurología*, 35(6), 553-562. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3506/n060553.pdf>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ed.). México: Thomson.
- Olivares, J., Piqueras, J., & Rosa, A. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia Psicológica*, 24(1), 87-98. Recuperado de <http://teps.cl/files/2011/05/09-olivares1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Recuperado de http://www.who.int/topics/patient_adherence/es/
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., & Vázquez, I. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide.
- Quiroga de Michelena, M. I. (2010). Hipertensión arterial- Aspectos genéticos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(4), 231-235. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37919982004>
- Rafanelli, C., Offidani, E., Gostolis, S., & Roncuzzi, R. (2012). Psychological correlates in patients with different levels of hypertension. *Psychiatry Research*, 198, 154–160. doi:10.1016/j.psychres.2011.09.014
- Rojas, R., & Granados, S. (1999). *Programa de Salud Mental para fortalecer una mejor calidad de vida, dirigida a personas con hipertensión arterial atendidos en la consulta externa de la Clínica del Seguro Social de San Ramón*. (Tesis de licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Sanabria-Ferrand, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>

- Sánchez, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Cardiología*, 14(3), 98-101. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en063d.pdf>
- Schnall, E. (2005). Social support: a role for social work in the treatment and prevention of hypertension. *Einstein Journal of Biology y Medicine*, 21(2), 50-56. Recuperado de <http://www.einstein.yu.edu/uploadedFiles/EJBM/21Schnall50.pdf>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Tobal, J., Cano-Vindel, A., Casado, M., & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216. Recuperado de <https://sibdi.ucr.ac.cr/http://search.proquest.com/docview/1288780954/fulltextPDF/13D5C952EFC2F410B84/14?accountid=28692>
- Trucco, R. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(2), 8-19. doi: 10.4067/S0717-92272002000600002
- Varela, M., Arrivillaga, M., Cáceres, D., Corread, D., & Holguín, L. (2006). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta colombiana de psicología*, 14(5), 69-85. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n2/v8n2a06.pdf>
- Vargas, W. (2006). *Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, A., & Montoya, L. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Revista diversitas-perspectivas en psicología*, 3(2), 203-211. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v3n2/v3n2a03.pdf>
- Wagner-Grau, P. (2010). Fisiopatología de la hipertensión arterial. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(4), 225-229. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37919982003>
- Weng, T., & Wang, L. (2006). Anxiety symptoms in patients with hypertension: a community-based study. *Psychiatry in Medicine*, 36(3), 315-322. Recuperado de <https://sibdi.ucr.ac.cr/http://search.proquest.com/docview/196305840/fulltextPDF/13D5C9ED8EF3A5B0C80/12?accountid=28692>
- WhoQol Group. (1998). The world health organization quality of Life assessment (whoqol): development and General psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585. Recuperado de http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf

Anexos

Anexo 1. Autorización de la institución para la realización de la práctica



Caja Costarricense de Seguro Social
Área de Salud San Ramón
Dirección Médica
Telefax 2447 4356

ASSR-DG-0956-2013

San Ramón, 08-agosto-2013

Bachiller
Marianela Ledezma Villalobos
Estudiante Carrera Psicología
Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica
Presente

Asunto: Autorización

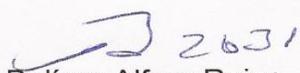
Estimada señorita:

En atención a su oficio sin número, recibido en esta oficina el día 08 de agosto del año en curso, me permito comunicarle que el suscrito le autoriza realizar su práctica de graduación en el Ebais de Alfaro, durante el I Semestre del año 2014.

No omito manifestarle que ya se realizaron las coordinaciones correspondientes con el Dr. Gustavo Bonilla Barrantes, Coordinador del EBAIS de Alfaro.

Sin otro particular se suscribe,

AREA DE SALUD DE SAN RAMON


Dr. Bolívar Alfaro Rojas
Director General



mmf

CC: Dr. Gustavo Bonilla Barrantes, Coordinador Ebais Alfaro, ASSR
Archivo

Anexo 2. F6rmula de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Sede de Occidente

Tel6fonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

F6RMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para participar en intervenci6n)

Intervenci6n Cognitivo-Conductual en Pacientes con Hipertensi6n Arterial del EBAIS de
Alfaro, 6rea de Salud San Ram6n.

Nombre del Investigador Principal: Marianela Ledezma Villalobos.

Nombre del participante:_____

- A. **PROP6SITO DEL PROYECTO:** El presente proyecto consiste en realizar una intervenci6n psicol6gica como coadyuvante en el tratamiento de personas diagnosticadas con hipertensi6n arterial, con el objetivo de propiciar estilos de vida saludables. Esta intervenci6n forma parte de la pr6ctica para optar por el grado de licenciatura en la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica. La misma ser6 dirigida por la Bach. en Psicología Marianela Ledezma Villalobos.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Como parte del proceso de intervenci6n se conformar6 un grupo terap6utico integrado por personas diagnosticadas con hipertensi6n arterial con el que se realizar6 una sesi6n de frecuencia semanal, con una duraci6n de aproximadamente una hora y media o dos horas, con un total de 19 sesiones.

Al firmar esta fórmula, los participantes se comprometen a asistir a cada una de las sesiones, además deberá completar (antes y después del tratamiento) una serie de cuestionarios, que especifican datos necesarios para la terapeuta y el debido desarrollo de la terapia. Asimismo se medirán los niveles de presión arterial para cada uno de los participantes.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio no implica ningún tipo de riesgo para su persona.

- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será poder contar con diferentes estrategias psicológicas para afrontar su enfermedad, así como la oportunidad de implementar estilos de vida más saludables.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Marianela Ledezma Villalobos y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Marianela Ledezma al teléfono de la oficina de Psicología de Universidad: 2511-7144. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, una pregunta podría ser:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Cuánto le ha preocupado su salud?	1	2	3	4	5

Usted debe encerrar el número que mejor describa cuánto le ha preocupado su salud en las dos últimas semanas. De esta manera, si su salud le ha preocupado completamente, encierre el número 5. Por el contrario, si su salud no le ha preocupado nada en absoluto, encierre el número 1.

Por favor, lea cada pregunta, identifique sus sentimientos y encierre con un círculo, sólo un número para cada pregunta, el que corresponda a la palabra que mejor lo describa, la que mejor se ajuste a sus sentimientos, experiencias, gustos o preocupaciones.

Ahora puede comenzar:

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado ciertas situaciones en las dos últimas semanas; por ejemplo, sentimientos positivos de felicidad o bienestar. Si ha experimentado algunas de estas sensaciones completamente, encierre con un círculo el número 5, que corresponde a la palabra «Completamente». Si no ha tenido esa experiencia, encierre con un círculo el número 1, que corresponde a la palabra «Nada». Si su respuesta es intermedia, elija la palabra que mejor lo describa y encierre con un círculo el número que corresponda. Recuerde, por favor, que las respuestas se refieren a las **dos últimas semanas**.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 1.2 ¿Cuánto le preocupa tener algún dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F 1.3 ¿Hasta qué punto es difícil para usted manejar su dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F 1.4 ¿En qué medida siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
F 2.2 ¿Con qué facilidad se cansa?	1	2	3	4	5
F 2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?	1	2	3	4	5
F 3.2 ¿Tiene dificultades para dormir?	1	2	3	4	5
F 3.4 ¿Cuánto le preocupan los problemas para dormir?	1	2	3	4	5
F 4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
F 4.3 ¿Hasta qué punto es optimista respecto al futuro?	1	2	3	4	5
F 4.4 ¿Cuántos sentimientos positivos experimenta en su vida?	1	2	3	4	5
F 5.3 ¿Cuánta es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
F 6.1 ¿Cuánto se valora a sí mismo?	1	2	3	4	5
F 6.2 ¿Cuánta confianza tiene en sí mismo?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 7.2	¿Cuán inhibido se siente por su apariencia física?	1	2	3	4	5
F 7.3	¿Cuánto le incomoda algún aspecto de su apariencia?	1	2	3	4	5
F 8.2	¿Cuán preocupado se siente?	1	2	3	4	5
F 8.3	¿Cuánto interfieren en su vida diaria los sentimientos de tristeza o depresión?	1	2	3	4	5
F 8.4	¿Cuánto le molesta algún sentimiento de depresión?	1	2	3	4	5
F 10.2	¿En qué medida tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 10.4	¿Cuánto le molesta cualquier limitación para desarrollar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 11.2	¿Qué dosis necesita de algún medicamento para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 11.3	¿En qué medida necesita de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 11.4	¿En qué medida depende su calidad de vida del uso de medicamentos o de atención médica?	1	2	3	4	5
F 13.1	¿Hasta qué punto se siente solo?	1	2	3	4	5
F 15.2	¿En qué medida se satisfacen sus necesidades sexuales?	1	2	3	4	5
F 15.4	¿Cuánto le molesta cualquier dificultad en su vida sexual?	1	2	3	4	5
F 16.1	¿Hasta qué punto se siente seguro en su vida diaria?	1	2	3	4	5
F 16.2	¿En qué medida siente seguro el ambiente en que vive?	1	2	3	4	5
F 16.3	¿Cuánto le preocupa su tranquilidad y seguridad?	1	2	3	4	5
F 17.1	¿Cómo es de comfortable el lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 17.4	¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 18.2	¿En qué medida tiene dificultades económicas?	1	2	3	4	5
F 18.4	¿Cuánto le preocupa el dinero?	1	2	3	4	5
F 19.1	¿Con qué facilidad puede obtener buena atención médica?	1	2	3	4	5
F 21.3	¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F 22.1	¿Cómo de saludable es el medio ambiente en el que vive?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 22.2	¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?	1	2	3	4	5
F 23.2	¿En qué medida tiene problemas con el transporte?	1	2	3	4	5
F 23.4	¿Cuánto limitan su vida las dificultades con el transporte?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que experimenta o ha sido capaz de hacer algunas cosas en las dos últimas semanas, por ejemplo las actividades de la vida diaria, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas «Completamente», encierre el número 5. Si no ha podido hacerlas, encierre el número 1, que corresponde a «Nada». Si su respuesta es intermedia, encierre el número que mejor lo describa. Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las **dos últimas semanas**.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 2.1	¿En qué medida tiene suficiente energía para la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 7.1	¿En qué medida es capaz de aceptar su apariencia personal?	1	2	3	4	5
F 10.1	¿En qué medida es capaz de desarrollar sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
F 11.1	¿Cuánto depende de los medicamentos?	1	2	3	4	5
F 14.1	¿En qué medida obtiene de las demás personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5
F 14.2	¿En qué medida puede contar con sus amigos cuando los necesita?	1	2	3	4	5
F 17.2	¿En qué medida la calidad de su casa satisface sus necesidades?	1	2	3	4	5
F 18.1	¿En qué medida tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
F 20.1	¿En qué medida dispone de la información que necesita para la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 20.2	¿En qué medida tiene oportunidades de obtener la información que siente que necesita?	1	2	3	4	5
F 21.1	¿En qué medida tiene oportunidades de realizar actividades recreativas?	1	2	3	4	5
F 21.2	¿En qué medida es capaz de relajarse y disfrutar de la vida?	1	2	3	4	5
F 23.1	¿En qué medida dispone de medios de transporte adecuados?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al grado de satisfacción o agrado que ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas. Por ejemplo, acerca de su vida familiar o su energía. Decida en qué medida está satisfecho o insatisfecho con cada aspecto de su vida y encierre el número que mejor describa cómo se siente. Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las **dos últimas semanas**.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
G 2	¿Cuán satisfecho está con la calidad de su vida?	1	2	3	4	5
G 3	¿En general, cuán satisfecho está con su vida?	1	2	3	4	5
G 4	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
F 2.3	¿Cuán satisfecho está con la energía que tiene?	1	2	3	4	5
F 3.3	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
F 5.2	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F 5.4	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para tomar decisiones?	1	2	3	4	5
F 6.3	¿Cuán satisfecho está con sí mismo?	1	2	3	4	5
F 6.4	¿Cuán satisfecho está con sus habilidades?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 7.4	¿Cuán satisfecho está con su apariencia personal?	1	2	3	4	5
F 10.3	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F 13.3	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
F 15.3	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
F 14.3	¿Cuán satisfecho está con el apoyo de su familia?	1	2	3	4	5
F 14.4	¿Cuán satisfecho está con el apoyo de sus amigos?	1	2	3	4	5
F 13.4	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de dar apoyo a otros?	1	2	3	4	5
F 16.4	¿Cuán satisfecho está con su seguridad física?	1	2	3	4	5
F 17.3	¿Cuán satisfecho está con las características del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 18.3	¿Cuán satisfecho está con su situación económica?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 19.3	¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud?	1	2	3	4	5
F 19.4	¿Cuán satisfecho está con los servicios de asistencia social?	1	2	3	4	5
F 20.3	¿Cuán satisfecho está con sus oportunidades para adquirir nuevas habilidades?	1	2	3	4	5
F 20.4	¿Cuán satisfecho está con sus oportunidades para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F 21.4	¿Cuán satisfecho está con la forma en que pasa su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F 22.3	¿Cuán satisfecho está con su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5
F 22.4	¿Cuán satisfecho está con el clima del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F 23.3	¿Cuán satisfecho está con el transporte?	1	2	3	4	5
F 13.2	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones familiares?	1	2	3	4	5

		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
G 1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
F 15.1	¿Cómo calificaría su vida sexual?	1	2	3	4	5
F 3.1	¿Cómo calificaría la forma en que duerme?	1	2	3	4	5
F 5.1	¿Cómo calificaría su memoria?	1	2	3	4	5
F 19.2	¿Cómo calificaría la calidad de los servicios de asistencia social que tiene a su disposición?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con la que ha sentido o experimentado alguna situación, por ejemplo, el apoyo de su familia y amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si alguna de estas situaciones «Nunca» las ha experimentado, encierre el número 1. Por el contrario, si las ha sentido, piense con qué frecuencia las ha experimentado y encierre el número que mejor lo describa. Por ejemplo, si ha sentido dolor todo el tiempo, en las dos últimas semanas, encierre el número 5, que corresponde a la palabra «Siempre». Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

		Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
F 1.1	¿Con qué frecuencia sufre dolor físico?	1	2	3	4	5
F 4.2	¿Generalmente, se siente contento?	1	2	3	4	5
F 8.1	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tipo de trabajo que haga. «Trabajo» significa la actividad principal que realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudios, tareas domésticas, cuidar a los niños o cualquier trabajo, pagado o no pagado. Por lo tanto «trabajo», tal como aquí se usa, significa aquellas actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las **dos últimas semanas**.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 12.1	¿Cuánto es capaz de trabajar?	1	2	3	4	5
F 12.2	¿Cuán capaz se siente para realizar su trabajo?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 12.4	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
F 12.3	¿Cómo calificaría su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la capacidad de desplazarse o de movilidad en las dos últimas semanas. Esto se refiere a su capacidad física para moverse y poder hacer las cosas que quiere o necesita. Por favor, recuerde que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F 9.1	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
F 9.3	¿Cuánto le molesta cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
F 9.4	¿En qué medida afecta a su manera de vivir cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
F 9.2	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para desplazarse?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a sus creencias personales y a cómo afectan a su calidad de vida, así como a su religión, espiritualidad y otras creencias personales que usted pueda tener.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completa- mente
F 24.1	¿En qué medida sus creencias personales dan sentido a su vida?	1	2	3	4	5
F 24.2	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
F 24.3	¿En qué medida sus creencias personales le dan fuerza para afrontar las dificultades?	1	2	3	4	5
F 24.4	¿En qué medida sus creencias personales le ayudan a entender las dificultades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar este formulario? _____ ¿Quién? _____

¿Cuánto tiempo le llevó completar este formulario? _____

¿Tiene algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo 4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

ISRA

Apellidos y nombre:

Edad: Sexo: V M Estado civil: Fecha:

Centro: Curso/Puesto:

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:

SITUACIONES	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
1 Si un problema me preocupa mucho.	1. Me desconcierto; no sé qué hacer. 2. Tengo la impresión de que soy un inútil. 3. No puedo concentrarme en el trabajo. 4. Tengo dificultades para dormir. 5. Pierdo el apetito.	
2 Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.		

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La **última cuestión (n° 23)** se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho.



Autores: J.J. Miguel Tóbal y A.R. Cano Vindel.
 Copyright © 1986, 2007 by TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.



- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Me preocupo fácilmente.
 2. Tengo pensamientos o sentimientos como "inferior" a los demás (torpe, etc.).
 3. Me siento inseguro de mí mismo.
 4. doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.
 5. Siento miedo.
 6. Me cuesta concentrarme.
 7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

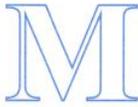
SITUACIONES		RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5	En mi trabajo o cuando estudio.									
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10	Si tengo que hablar en público.									
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13	Después de haber cometido algún error.									
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20	Al observar escenas violentas.									
21	Por nada en concreto.									
22	A la hora de dormir.									
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:									
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR							TOTAL	ΣS

F

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Siento molestias en el estómago.
 2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
 3. Me tiemblan las manos o las piernas.
 4. Me duele la cabeza.
 5. Mi cuerpo está en tensión.
 6. Tengo palpitaciones el corazón me late muy débil.
 7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.
 8. Siento náuseas o mareos.
 9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
 10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.

SITUACIONES		RESPUESTAS										OBSERVACIONES	ΣR	
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.													
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.													
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.													
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.													
5	En mi trabajo o cuando estudio.													
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.													
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.													
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.													
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.													
10	Si tengo que hablar en público.													
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.													
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.													
13	Después de haber cometido algún error.													
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.													
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.													
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.													
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.													
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.													
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.													
20	Al observar escenas violentas.													
21	Por nada en concreto.													
22	A la hora de dormir.													
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:													
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR										TOTAL : 2 =		



- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Lloro con facilidad.
 2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (resaca, locura, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)
 3. Fumo, como o bebo demasiado.
 4. Trato de evitar o rehuir la situación.
 5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
 6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
 7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.

	SITUACIONES								ΣS
		1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.								
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.								
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.								
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.								
5	En mi trabajo o cuando estudio.								
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.								
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.								
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.								
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.								
10	Si tengo que hablar en público.								
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.								
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.								
13	Después de haber cometido algún error.								
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.								
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.								
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.								
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.								
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.								
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.								
20	Al observar escenas violentas.								
21	Por nada en concreto.								
22	A la hora de dormir.								
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:								
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR							TOTAL

Anexo 5. Planteamiento de las sesiones

Sesión	Objetivo	Actividades
1	-Realizar la introducción al tratamiento. -Evaluar los niveles de presión arterial de los y las participantes previo al tratamiento.	-Entrega de fórmula de consentimiento informado. -Evacuación de dudas. -Entrega y explicación de los instrumentos. -Medida de los niveles de presión arterial para cada participante. -Informar con respecto a la relación entre la hipertensión arterial y los factores emocionales (presentación Power Point).
2	-Facilitar estrategias de reestructuración cognitiva como prácticas fundamentales para el control emocional.	-Informar con respecto a la relación existente entre las cogniciones (pensamientos), las conductas y las emociones. -Instrumentar a los y las participantes en la identificación de pensamientos negativos que puedan estar afectando su condición. -Presentar estudios de caso como ejemplificación. -Entrega de registros a cada uno de los participantes.
3		-Entrenar a los y las participantes en la auto-evaluación de sus pensamientos y conductas. -Informar con respecto a la importancia de cuestionar tales pensamientos y conductas. -Revisión de los registros.
4		-Instruir y motivar a los y las participantes en la modificación de creencias irracionales y de conductas, por otras más adaptativas. -Revisión de los registros.
5		-Revisión y contraste de los registros iniciales y de los actuales. -Reforzar en los y las participantes los cambios realizados hasta el momento.
6		-Sesión con nutricionista para abordar el tema de la alimentación tanto del paciente como de la familia en general.
7	-Ensayar estrategias de manejo de la activación fisiológica emocional, a través de ejercicios de respiración y relajación.	-Abarcar la importancia del desarrollo de hábitos de vida saludables en relación a la enfermedad, centrandose especial atención a los programas de ejercicio físico como experiencia conductual relevante en la intervención. -Invitación a especialista en entrenamiento físico.
8		- Instruir en habilidades de respiración abdominal, para la desactivación fisiológica producto de la respuesta biológica emocional.
9		-Entrenar en habilidades de relajación, para la desactivación fisiológica producto de la respuesta biológica emocional.

10		-Retomar la importancia de las técnicas aprendidas como medios para llevar a cabo la desactivación fisiológica y cómo esto contribuye en el control de la enfermedad.
11		-Introducción al tema de la asertividad como medio para mejorar la calidad de vida. -Entrenar a los y las participantes en habilidades sociales: -Distinción entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas.
12	-Habilitar el control conductual de la enfermedad, a través de estrategias de autocontrol.	-Instruir y proporcionar ejemplos del paso a paso en la solución de problemas.
13		-Sesiones individuales para completar el Manual en Solución de problemas. -Asignación de tareas.
14		-Concluir con el tema del control conductual, ejemplificando su utilidad con las mismas experiencias de los y las participantes. -Ensayo conductual de respuestas adaptativas en diferentes contextos.
15		- Sesión con formato de taller: Psicoeducación y resolución de dudas con respecto a la enfermedad y su tratamiento con un profesional en medicina.
16	-Aumentar en los participantes la adherencia al tratamiento de la hipertensión.	-Reforzar en los y las participantes los conocimientos adquiridos en la sesión anterior y motivar su mantenimiento en el tratamiento.
17	-Establecer estrategias para la prevención de recaídas en los pacientes con hipertensión.	-Entrenar en la identificación de signos de alarma que puedan resultar en recaídas.
18		-Ensayo conductual sobre ¿qué hacer una vez identificados los signos de alarma?
19	-Realizar el cierre. Evaluar los niveles de presión arterial de los y las participantes posterior al tratamiento.	-Realizar el cierre con el grupo. -Entrega e instrucción de los instrumentos de evaluación. -Medida de los niveles de presión arterial para cada uno de los y las participantes

Fuente: Elaboración propia

Anexo 6. Registro ABC

Día/hora	Situación ¿Qué está sucediendo?	Pensamiento automático ¿Qué imágenes o pensamientos pasaron por su mente?	Consecuencia ¿Qué emociones sintió? ¿Qué hizo?

Anexo 7. Ejemplo de distorsiones cognitivas

Distorsión	Explicación
Pensamiento catastrófico	Se predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades. “Esto es una desgracia”
Descalificar	Se considera que las cosas que hago los logros no valen de nada. “Da igual, nadie ve mi esfuerzo”
Razonamiento emocional	Se piensa que algo tiene que ser real porque uno lo «siente». “Debería comprenderme”
Catalogar	Se coloca a sí mismo o a los demás una característica, sin tener en cuenta todas las evidencias “Soy muy tonto o muy tonta”
Exagerar/minimizar	Cuando se evalúa a sí mismo(a) o a otras personas o situaciones, exagera lo negativo y minimiza lo positivo. “Me ayudó a lavar los platos pero no es suficiente”
Leer la mente	Cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades “Seguro piensa que soy un irresponsable”
Sobregeneralización	Llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que en realidad conlleva la situación
Personalización	Cree que los demás tienen una actitud negativa hacia usted “Seguro me odia”
Reglas estrictas	Se tienen ideas precisas y rígidas respecto al comportamiento propio y considera negativo el no cumplir con estas expectativas “Tengo que ser perfecto”
Visión de túnel	Solo ver los aspectos negativos de una situación.

Anexo 8. Autorregistro semana 3

Día/hora	Situación	Pensamiento automático	Emoción	Respuesta adaptativa	Resultado
	¿Qué está sucediendo?	¿Qué imágenes o pensamientos pasaron por su mente?	¿Qué emociones sintió? ¿Qué intensidad tenía cada emoción del 1 al 10?	¿De qué me sirven estos pensamientos? ¿Qué consecuencias traen estos pensamientos? ¿Cuál es la distorsión que está presente?	¿Cuánto cree ahora en cada pensamiento automático? 1-10 ¿Qué emociones siente ahora? ¿Qué hará?

Anexo 9. Guía de relajación muscular progresiva

Instrucciones Generales

1. La relajación es una habilidad que se adquiere con la práctica, por tanto es necesario realizarla con mucha frecuencia y cuanto más practiques, antes aprenderás a relajarte y más profunda será la relajación.
2. Para relajarse, es necesario abandonarse y centrar la atención en las sensaciones internas, cuanto mejor percibas el latido de tu corazón, el aire que entra y sale de los pulmones, la pesadez de tus músculos, mayor será la relajación.
3. Elige para practicar la relajación un momento en que no tengas prisa ni estés preocupada por lo que tienes que hacer después, al menos durante las prácticas iniciales. Dedicar entre 15 y 20 minutos diarios para practicarla.
4. Busca un lugar tranquilo donde nadie te pueda molestar y aislado de ruidos, luces y otras cosas que puedan distraerte o molestarte. Si lo crees necesario, apaga el celular.
5. Desabrocha tu ropa o utiliza ropas flojas que no te produzcan ninguna presión. Colócate en una postura cómoda (la mejor es acostada, con los brazos extendidos, flojos, paralelos a tu tronco y con las manos hacia abajo, a la altura de los muslos) y deja fuera todos tus problemas, centrándote en lo que haces durante la relajación.
6. Cierra los ojos, para concentrarte más fácilmente.
7. Practica cada sesión durante varios días seguidos (preferiblemente, durante toda la semana) antes de pasar a la siguiente fase.
8. En los ejercicios de tensión – relajación, dedica diez segundos a la fase de tensión y unos treinta segundos a la relajación.
9. Tras completar el entrenamiento de las cuatro sesiones, sigue practicando **sin** hacer los ejercicios.

Primer grupo muscular: brazos

Cierra y aprieta tu puño derecho fuertemente, de forma que puedas percibir la tensión, pero sin hacerte daño. Nota la tensión que ello produce. Luego, lo aflojas lentamente. Deja que los dedos de tu mano derecha se relajen y siente la sensación tan diferente entre la tensión y la relajación. Repite este ejercicio una vez más.

Ahora, haz la misma operación, pero con el puño izquierdo. Al igual que la anterior, repítelo dos veces.

Una vez que has realizado los ejercicios con cada mano, hazlo de forma simultánea, con ambos puños y repítelo dos veces. Siente como soltamos la tensión

Dobla tus codos, para poner tensos los bíceps. Procura contraerlos más y más, pero sin llegar a hacerte daño o sentir dolor. Nota la tensión que en ellos se produce. Ahora, extiende tus brazos, déjalos caer y permite que la relajación aparezca, sintiendo nuevamente la gran diferencia. Permite que la relajación aumente. Una vez más, pon en tensión los bíceps, mantenlos contraídos y obsérvalos cuidadosamente. Extiende tus brazos y relájalos.... Cada vez que lo repitas, por favor, presta atención a lo que se siente cuando los músculos están contraídos y cuando están relajados.

Ahora, extiende tus brazos hacia adelante (como queriendo tocar el techo, si estás tumbado)... nota el aumento de la tensión en los tríceps, a lo largo de la parte posterior de los brazos... y ahora, déjalos caer, relájalos. Repite una vez más.

Ahora, concéntrate en la relajación total de los brazos, sin ninguna tensión.

Por último, cuenta mentalmente de 3 hasta 0 y abre los ojos... abre y cierra los dedos de las manos y los pies durante unos segundos. Incorpórate muy lentamente.

Segundo grupo muscular: Cara, nuca, hombros y parte posterior de la espalda.

Permite que tus músculos se aflojen y siéntelos pesados. Permanece acostado (o sentado), de forma cómoda y tranquila.

Los dos primeros ejercicios se hacen con los ojos abiertos. Arruga tu frente, levantando las cejas, hasta sentir la frente dura... mantienes la tensión por unos segundos y luego relajas, hasta que quede totalmente lisa. Piensa en tu frente y en todo tu cuero cabelludo, de manera que la relajación aumente y que la flacidez sea mayor.

Contrae y frunce el entrecejo (como los niños cuando se enfadan) y note la tensión, sobretodo en la parte superior de las cejas y en el entrecejo. Ahora, relaja y cierra los ojos. Nota la relajación, la comodidad de las sensaciones de relajación.

Vas a apretar las mandíbulas, una contra la otra, pero cuidando de no aplicar demasiada tensión o fuerza, sino la suficiente para sentir la tensión. Ahora, relaja suavemente las mandíbulas, permitiendo que caigan. Deja que tus labios se separen ligeramente, notando siempre la agradable sensación de relajación.

Presiona fuertemente la lengua contra el paladar. Nota como se contrae, e incluso, como se tensan los músculos de la garganta. Ahora, vuelve la lengua a una posición relajada y cómoda.

Junta los labios presionándolos entre sí y nota como se endurecen más y más. Relaja los labios, nota el contraste entre la tensión y la relajación. Siente la relajación en toda tu cara: en la frente, en el cuero cabelludo, en los ojos, en las mandíbulas, en los labios, en la lengua y la garganta. Permite que la relajación progrese más y más...

Concéntrate ahora en los músculos del cuello. Presiona tu cabeza hacia atrás tanto como sea posible y nota la tensión en el cuello; gira el cuello hacia la derecha y experimenta la tensión en todo el lado opuesto; ahora, gíralo hacia la izquierda. Endereza tu cabeza, volviendo a la posición original. Ahora, dóblala hacia delante presionando la barbilla contra el pecho. Ahora, vuelve la cabeza a la posición original y nota la relajación, observando con detalle las sensaciones físicas que produce. Permite que la relajación aumente....

Eleva los hombros hacia arriba, manteniéndolos en tensión. Déjalos caer. Nota nuevamente la relajación. Cuello y hombros relajados. Elévalos nuevamente y muévelos en círculo. Ahora, llévalos hacia adelante y hacia atrás. Nota la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda. Déjalos caer nuevamente y nota la relajación.

Permite que la relajación se extienda a tus hombros y a los músculos de la espalda. Relaja el cuello, tu garganta, tus mandíbulas y el resto de las áreas faciales, de manera que la relajación vaya aumentando más y más y sea cada vez más profunda. Continúa relajándote todo lo que desees.

Finaliza contando hasta tres, luego abres los ojos, viendo lentamente a tu alrededor. Luego, mueve los dedos de las manos y los pies. Puedes darte un estirón, mientras te incorporas muy lentamente.

Tercer grupo muscular: Relajación del pecho, estómago y vientre.

Relaja todo tu cuerpo lo mejor que puedas. Siente la agradable pesadez que acompaña a la relajación. Respira fácil y libremente, inspirando y expirando. Nota como la relajación aumenta cuando exhala el aire. Expulsa el aire... Ahora inspira, llenando tus pulmones profundamente, manteniendo el aire dentro de ellos. Estudia la tensión... expulsa el aire y nota como las paredes de tu pecho se deprimen y el aire sale automáticamente. Siente la relajación y disfruta de ella manteniendo el resto del cuerpo lo más relajado posible... Llena los pulmones nuevamente, hazlo profundamente y contén la respiración... expulsa el aire y nota como te liberas. Ahora respira normalmente, continúa relajando tu pecho y permite que la relajación se extienda a tu espalda, a tus hombros, a tu cuello y a tus brazos. Lo más importante ahora es disfrutar de la relajación.

Presta atención a los músculos de tu abdomen y de la zona de tu estómago. Contrae los músculos de tu estómago haciendo que tu abdomen se ponga duro. Nota la tensión... y relájalos. Permite que los músculos se relajen y nota la diferencia... una vez más, contrae y presiona los músculos de tu estómago. Mantén la tensión y estúdiala. Ahora relájalos. Nota el bienestar general que aparece cuando tu estómago se relaja.

Ahora, contrae tu abdomen introduciéndolo hacia adentro, empujando fuertemente con los músculos y sintiendo de nuevo la tensión... Relájalos nuevamente permitiendo a tu abdomen salir hacia fuera. Continúa respirando normalmente, de forma lenta y rítmica y siente la sensación agradable que se extiende por todo tu pecho y abdomen. Empuja nuevamente tu abdomen hacia adentro y mantén la tensión... Ahora permítele volver a su posición normal y empuje hacia fuera contrayéndolo de esta nueva forma y manteniendo la tensión. Ahora, relaja tu abdomen totalmente... Permite que la tensión desaparezca a medida que la relajación aumenta en profundidad. Cada vez que expulses el aire, nota como la relajación aumenta, tanto en tus pulmones como en tu abdomen. Experimenta como tu pecho y abdomen se relajan más y más. Haz desaparecer cualquier tensión en cualquier parte de tu cuerpo...

Ahora, dirige la atención a la parte inferior de la espalda. Arquea tu espalda, haciendo que la parte inferior quede arqueada y siente la tensión a lo largo de la columna. Siéntete cómodo relajando la parte inferior de la espalda. Arquea nuevamente la espalda y nota la tensión... intenta mantener el resto del cuerpo tan relajado como te sea posible. Localiza la tensión en la parte inferior de la espalda... Ahora, relájala una vez más... un poco más. Relaja la parte inferior y superior de tu espalda, extendiendo la relajación a tu abdomen, pecho, hombros, brazos y área facial. Relaja estas partes más y más, un poco más y más profundamente.

Finaliza de la forma habitual.

Cuarto grupo muscular: Relajación de las caderas, muslos y pantorrillas. Seguida de una relajación completa de todo el cuerpo.

Haz desaparecer todas las tensiones de tu cuerpo y relájate.

Contrae tus nalgas y tus muslos. Contrae tus muslos presionando los talones en dirección opuesta a la cara (contra el suelo en caso de estar sentados), tan fuerte como puedas. Relájate y nota la diferencia.

Endurece tus rodillas y contrae los músculos de tus muslos nuevamente... Mantén la tensión... Ahora, relaja tus caderas y tus muslos. Permite que la relajación aumente por sí misma.

Flexiona tus pies y los dedos de tus pies hacia delante alejándolos de tu cara de forma que los músculos de tus pantorrillas se pongan tensos. Estudia la tensión... relaja tus pies y tus pantorrillas. Esta vez, flexiona los pies hacia tu cara, de manera que sientas la tensión a lo largo de la espinilla. Trata de estirar los dedos de los pies. Relájalos ahora... mantén la tensión un rato más...

Continúa ahora relajándote más y más... Relaja los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos, las nalgas y la cadera. Siente la pesadez en la parte inferior de tu cuerpo a medida que te vas relajando más y más...

Extiende la relajación a tu abdomen, cintura y la parte inferior de la espalda. Continúa así, de forma progresiva. Siente la relajación total. Ahora continúa relajando la parte superior de la espalda, el pecho, los hombros, los brazos, hasta la punta de tus dedos. Mantén la relajación más y más profundamente. Asegúrate que no exista ninguna tensión

en tu garganta; relaja tu cuello y tus mandíbulas y todos los músculos de tu cara. Mantén todo el cuerpo relajado, como estás ahora, por un rato. Relájate más.

Ahora, puedes relajarte el doblemente solo con respirar profundamente y expulsar el aire con lentitud. Céntrate en tus sensaciones, evitando cualquier tensión que provenga del mundo exterior. Respira profundamente y siéntete más y más pesado. Haz una inspiración profunda y expulsa el aire muy lentamente.... Siente la agradable pesadez que acompaña a la relajación.

En un estado de perfecta relajación, te sentirás incapaz de mover un simple músculo de tu cuerpo. Piensa acerca del esfuerzo que necesitarías realizar para levantar tu brazo derecho. Mira si aparece alguna tensión en tus hombros o en tus brazos. Ahora decide no elevar tu brazo para continuar relajado. Observa la liberación y desaparición de la tensión. Sigue relajándote más y más profundamente.

Finaliza como en las ocasiones anteriores.

Anexo 10. Manual de solución de problemas.

Fase 1: Orientación hacia el problema

Aceptar que existe el problema y adoptar una postura optimista.

Fase 2: Definición y formulación del problema

Una vez que reconoces cuales son los problemas y que ocurren cotidianamente, tienes que definir claramente cada uno de ellos. Determina quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada problema. Descríbelo en términos claros, específicos y concretos. Utiliza información relevante y desecha la irrelevante. **Utiliza solo hechos, no opiniones o creencias.** Identifica los factores y las circunstancias que hacen a una situación un problema, sus metas principales y específicas relacionadas con el problema, subproblemas derivados, etc.

Define y formula el problema

El problema es:

¿Qué pasa?

¿Quién está involucrado?

¿Dónde se da el problema?

¿Cuándo se da?

¿Por qué se da?

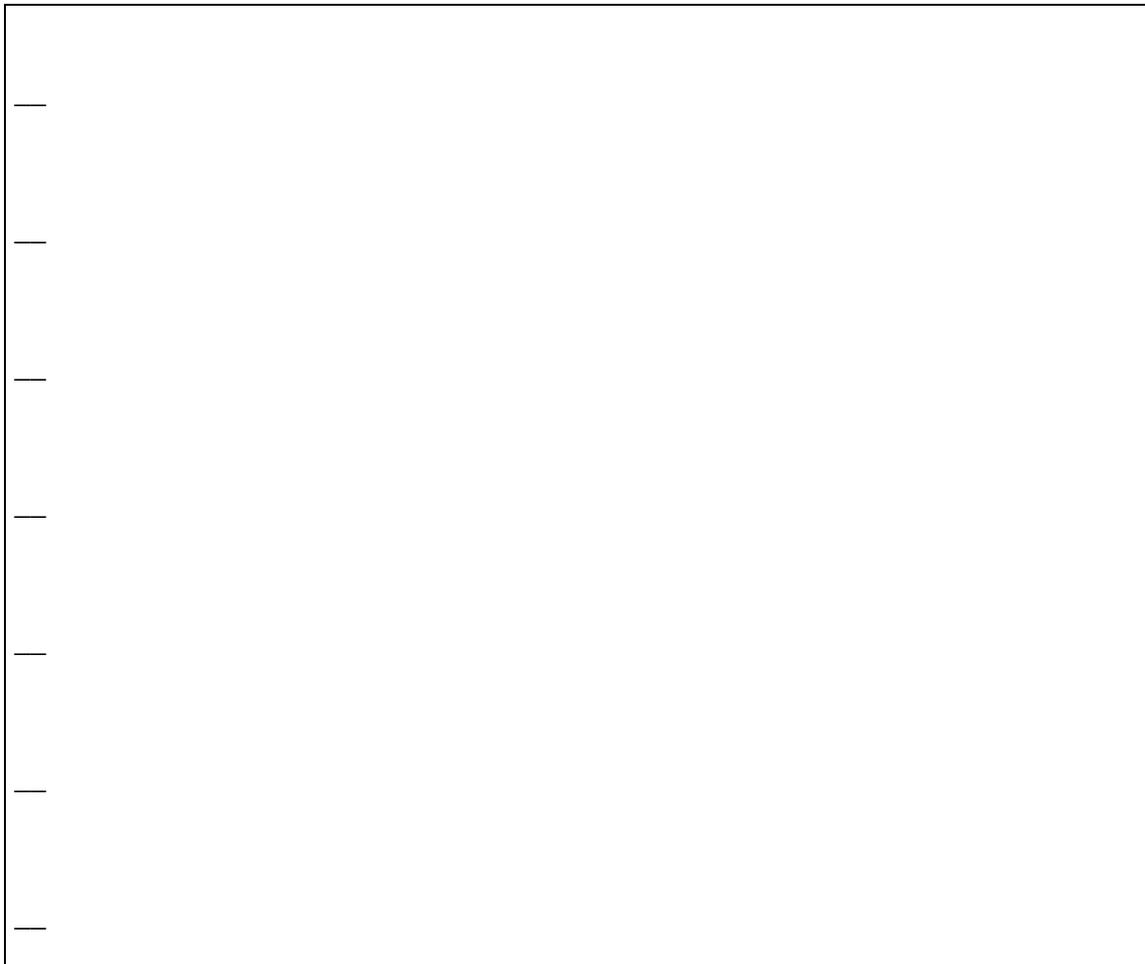
Fase 3: Generación de alternativas

Una vez que tienes claramente definido el problema y las metas relacionadas con el mismo, debes pasar a generar el mayor número posible de soluciones alternativas al problema.

Ante este problema has dado mecánicamente soluciones que no eran adecuadas. Ahora, debes dejar a un lado la solución habitual y generar tantas soluciones como te vengan a la cabeza. Debes tener en cuenta:

1. Generar el mayor número de soluciones alternativas que te sea posible. Lo importante es la cantidad de soluciones, no la calidad de las mismas.
2. Cualquier solución que se te venga a la mente, por descabellada que parezca, es válida como alternativa. Ahora no es el momento de valorarlas.
3. Se concreta en las alternativas que plantees. Las generales son poco útiles, difíciles de ejecutar.

Posibles soluciones



Fase 4: Toma de decisiones

En la fase anterior has elaborado un importante número de soluciones alternativas. De ellas, vamos a elegir UNA, aquella que resulte más adecuada, útil, mejor o eficaz para llevarla a cabo en la situación problemática actual. Esta solución, de entre otras que has apuntado, se obtiene con los siguientes criterios:

- El valor de la alternativa: ¿Consigo mi meta con ella? ¿Puedo ejecutarla de modo óptimo?
- Las consecuencias personales en tiempo, esfuerzo, costes o ganancias emocionales, de acuerdo con mis valores éticos y morales, bienestar físico u otras consecuencias personales específicas del problema.
- Las consecuencias sociales: efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.
- Las consecuencias económicas.
- Las consecuencias a corto, medio y largo plazo.
- La maximización de los beneficios y la minimización de los costes.

Una vez que has decidido por una solución debes plantearte:

- Con esta solución ¿puedo cambiar la situación problemática?
- ¿Necesito más información antes de pasar a ponerla en práctica?
- ¿Qué solución o combinación de soluciones debo elegir para ponerla en práctica?

Si la respuesta a todas las cuestiones anteriores es afirmativa, debes poner en marcha la **táctica** para implantar esa solución en la situación de la vida real. Esto se hace siguiendo los mismos pasos anteriores para la toma de decisiones de la mejor solución que se ha seleccionado.

Solución elegida:

Principales razones para su elección:

Táctica para poner en práctica dicha solución:

Fase 5: Puesta en práctica y verificación de la solución

Una vez que has decidido la mejor solución para el problema tienes que pasar a poner en práctica la misma y verificar si en la vida real es efectivamente más adecuada. Primero, ponla en práctica imaginándote a ti misma llevándola a cabo. Una vez realizada adecuadamente, pasa a ponerla en práctica en la situación real donde existe el problema.

Una vez puesta en práctica, debes:

- ✓ Observa tu conducta y el resultado obtenido con la alternativa
- ✓ Compara el resultado actual (observado) con el resultado esperado para su solución.
- ✓ Retrocede a las etapas anteriores si fuese necesario.
- ✓ Finaliza el proceso de solución de problemas si el resultado es satisfactorio.
- ✓ Felicítate por tus esfuerzos de aplicar el proceso de Solución de Problemas a tu problema particular satisfactoriamente.