

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA



1859

NIVEL DE POS GRADO

MAESTRIA EN SALUD MENTAL

“FACTORES PSICOSOCIALES Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS” DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO 2012-2013. EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL.”

Tesis previa a la obtención
del título de Magister en Salud Mental.

Autor: *Lucia Frigueriz Aguilla*

Director: *Dr. Mg. Sc. Patricio Aguirre*

LOJA-ECUADOR

2013

II. CERTIFICACIÓN

Dr. Mg.Sc.

Patricio Aguirre

DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA

Que la tesis de grado titulada: **“Factores psicosociales y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social “Manuel Ygnacio Monteros” de la ciudad de Loja, en el periodo 2012-2013. Educación para la salud mental.”** De autoría de la señora Dra. Blanca Lucia Iñiguez Auquilla, ha sido dirigida y revisada en su integridad cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación. Por lo que autorizo su publicación.

Loja, julio de 2013



Dr. Patricio Aguirre Mg.Sc

DIRECTOR DE TESIS

III. AUTORIA

Yo, Blanca Lucia Iñiguez Auquilla, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autora: Blanca Lucia Iñiguez Auquilla

Firma: 

Cédula: 1103743348

Fecha: 28 de Enero de 2014

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo *Blanca Lucia Iñiguez Auquilla*, declaro ser autora de la Tesis Titulada: **“FACTORES PSICOSOCIALES Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS” DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO 2012-2013. EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL”**; como requisito para optar por el grado de Magister en Salud Mental. Autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 31 días del mes de Enero del 2014, firma la autora.

Firma

Autor

Blanca Lucia Iñiguez Auquilla

Cedula

1103743348

Dirección

Cdla. Unión Lojana, calle Juan Montalvo 2185 y Napoleón esq.

Teléfono

0959789185

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis

Dr. Mg.Sc. Patricio Aguirre

Tribunal de grado

Dra. Mg.Sc. Amada Loján
Dra. Mg.Sc. Anabel Larriva
Dra. Mg.Sc. Diana Puertas

IV. AGRADECIMIENTO

Al culminar este trabajo es imperecedero dejar constancia de mi agradecimiento a quienes hicieron posible que haya llegado a su etapa final.

A la Gloriosa Alma Máter de Loja, a mí siempre querida Universidad Nacional de Loja, y a través de Ella a sus autoridades, coordinador, docentes y personal administrativo de la Maestría en Salud Mental, por el trabajo realizado académicamente en la realización de ésta apasionante y a la vez de gran responsabilidad como es la Salud Mental. De igual manera al Doctor Patricio Aguirre, Director y guía de mi trabajo, por su responsabilidad, ética y la gran persona que hay en el maestro.

Es preciso también dejar sentado mi agradecimiento al Hospital “Manuel Ygnacio Monteros” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Loja, a su director en la persona del Dr. Nelson Samaniego, quién dio apertura para que pueda hacer esta importante investigación que más que un requisito para la obtención del título como Máster en Salud Mental, fue una oportunidad para entender las múltiples historias de vida de los pacientes hipertensos, de sus cambios comportamentales, pero sobre todo para aprender a prevenir a través de educación para la salud mental, daños irreversibles a causa de un inadecuado tratamiento y seguimiento para la enfermedad.

Gracias estimados señores y señoras Galenos de tan prestigiosa casa de Salud.

Gracias estimados usuarios por la confianza, por el grado de empatía y el tiempo brindado a través de las entrevistas, visitas a su hogares, por su aporte significativo en la presente investigación.

Gracias a todos y mi dedicatoria de éste importante trabajo.

Blanca Lucia

V. DEDICATORIA

Hay ángeles que Dios permite que aunque ya no los veamos, aprendamos a seguir amándolos de manera espiritual. La vida me permite que ahora que estás en el cielo pueda seguir sintiéndome privilegiada por el amor que nos unió. A ti papi... este pequeño sacrificio para que desde el cielo intercedas por mí para que en la tierra pueda seguir amando y cuidando a los míos, siendo parte de un cambio positivo en la sociedad.

Hay otros ángeles en la tierra, que amo, cuido y admiro; a mis hijos Génesis Paola y Luis Fernando.

A mi madre, compañera y guía, por tu fe incondicional en mí y por fortalecerme con tu amor.

A todos quienes siempre han sido mi apoyo y mi fortaleza en momentos difíciles y de alegría, a mis hermanos, amigas y amigos, a todos quienes en algún momento de la vida han confiado en mí y me han enseñado a seguir adelante.

Con todo mi cariño

Blanca Lucia

VI. INDICE

	Pág. s
1. RESUMEN.....	8
- SUMMARY.....	9
2. INTRODUCCIÓN.....	10
- Objetivos:.....	13
3. REVISIÓN LITERARIA.....	15
3.1 Hipertensión arterial.....	15
3.2 La investigación psicológica en el control de la hipertensión arterial	19
3.3 Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.....	25
4. MATERIALES Y METODOS.....	43
5. RESULTADOS.....	46
5.1 Tarea 1: Analizar criterios de profesionales vinculados al diagnóstico de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 45 a 65 años con Hipertensión Arterial.....	46
5.2 Tarea N° 2: Precisar las causas psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica.....	52
6. DISCUSIÓN.....	63
7. CONCLUSIONES.....	71
8. RECOMENDACIONES.....	73
9. BIBLIOGRAFIA.....	75
10. ANEXOS	
ANEXO N° 1 PROPUESTA.....	79
1. Introducción.....	79
2. Objetivos.....	81

Misión-Visión.....	82
3. Estrategias/actividades principales.....	83
FODA.....	85
Sustentabilidad.....	87
Desarrollo de sesiones	
- Talleres para los Pacientes hipertensos.....	88
- Taller para el Personal de salud.....	127
- Taller y guía para familiares y red de apoyo del paciente.....	131
ANEXO N° 2 Cuestionario de atribuciones causales.....	138
ANEXO N° 3 Consentimiento informado.....	139
ANEXO N° 4 Información general del paciente.....	140
ANEXO N° 5 Test de Morisky – Green.....	143
ANEXO N° 6 Test de Batalla.....	144
ANEXO N° 7 Escala de autoevaluación de la Adherencia al Tratamiento.....	145
ANEXO N° 8 Cuestionario de actitud frente a la enfermedad.....	146



1. RESUMEN

La adherencia terapéutica es la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el médico, en psicología se necesita que dicha conducta compleja tenga una combinación de factores psicosociales, unidos entre sí que conduzcan a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

En la presente investigación se estudió a 30 pacientes y 20 médicos pertenecientes al Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS de la ciudad de Loja, para determinar los factores psicosociales que inciden en la adherencia al tratamiento. Se utilizó un paradigma mixto, cuali-cuantitativo, asumiendo la realización de un estudio descriptivo de tipo transversal. Se empleó varios instrumentos que diagnostiquen las causas de la falta del incumplimiento, recogiendo el criterio médico y a los pacientes se aplicó una entrevista de información general, los test de Batalla, de Morisky y el cuestionario de actitud frente a la enfermedad.

Los resultados obtenidos demuestran que el 70% de los pacientes en estudio no son adherentes al tratamiento. La media total de edad presente para el grupo es de 54 años. La procedencia en general de los pacientes es 60 % del sector urbana y 40% del sector rural. En un 66,7% de los casos predomina la composición de un núcleo familiar compuesto por la pareja o pareja e hijos. Los principales factores psicosociales son el escaso conocimiento sobre la enfermedad (Solo un 20% conocen de forma apropiada), la inadecuada actitud ante la misma (40% tienen muy buena actitud frente al tratamiento, mientras que el restante 60% son despreocupados e indiferentes frente a su padecimiento). La presencia de una visión desfavorable de esta enfermedad (un 30% tienen una visión positiva del transcurso de su enfermedad). Por otro lado existe un escaso apoyo de amigos y familiares (el 50% no tiene redes de apoyo) y finalmente la relación médico-paciente también es inadecuada, de manera que todos estos factores interfiere en una incorrecta adherencia terapéutica de los pacientes.

Se concluyó que existe una necesidad de optimizar el trabajo multidisciplinario y de psicoeducación. Existen afectaciones en la autovaloración en los pacientes hipertensos poniendo de relieve una inseguridad y falta de eficacia parcial o global ante la demanda de la situación de salud, lo que contribuye al fracaso en el cumplimiento terapéutico.

Debido a ello se pudo recomendar que la labor de atención del personal de salud dirigida al paciente debe ser desde una perspectiva sistémica, en la cual se articula el cuidado, la Educación para la Salud y el seguimiento y control de los casos, por lo que se plantea como parte esencial de este trabajo una propuesta para mejorar e incrementar la adherencia terapéutica para el beneficio del paciente, de su familia y del hospital.

Palabras claves: Hipertensión arterial, adherencia o cumplimiento terapéutico, factores psicosociales: conocimiento de la enfermedad, actitud, visión y estilos de afrontamiento de la enfermedad, educación para la salud mental.



1. SUMMARY

The current research work starts with the necessity of diagnosing the causes for the non-fulfillment of the treatment for the high blood pressure – HBP. The population involved was 30 patients and 20 medical doctors from the Manuel Ygnacio Monteros Hospital of the Social Security Institute of the City of Loja. A mixed paradigm was used – qualitative/quantitative, assuming the realization of a descriptive and transversal study. Several instruments were used in order to diagnose the causes for the lack of fulfillment, among them two tests to collect the medical criteria, general information, Batalla's tests, Morisky's, disease attitude test for patients.

The obtained results demonstrate there is insufficient knowledge about the disease on the patient's side, as well as there is little continuation, control, and explanation about the adherence to the treatment on the doctor's side towards the patient. It was evident that there is an inadequate risk perception which represents the therapeutic non-fulfillment regarding the complications of HBP. It was proved that the little knowledge about the disease, the inadequate attitude towards the disease, and the presence of an unfavorable vision of this suffering interfere with the patients' correct therapeutic adherence.

It was concluded that there is a necessity to optimize the multidisciplinary and psych education work. There are affectations in the self evaluation of the hyper tense patients setting off insecurity and lack of partial or global efficacy towards the demand of the health situation which contributes to the failure in the therapeutic fulfillment.

Which is why we could recommend that the health personnel's assistance work addressed to the patient must be from a systemic perspective, in which care is relevant, health education, continuation and control of the cases, because of this, we propose as an essential part of this work a proposal in order to improve and increase the therapeutic adherence for the benefit of the patient, his/her family, and the hospital itself.

Key Words, High blood pressure, therapeutic adherence or fulfillment, disease knowledge, attitude and disease vision, Mental Health Education.



2. INTRODUCCION

Con los indiscutibles éxitos alcanzados en las ciencias biomédicas y los nuevos descubrimientos farmacológicos se ha logrado superar muchos de los problemas de salud existentes, pero aparejado a ello se ha generado la aparición de otros nuevos y complejos donde las ciencias psicológicas también contribuyen en la búsqueda de respuestas. Uno de estos problemas está vinculado con la puesta en práctica de las prescripciones médicas. El sistema de salud vuelve su mirada a la Psicología: ¿por qué un sujeto en peligro de deterioro y muerte no cumple los horarios, cantidades de ingesta y condiciones de una prescripción que puede darle una vida prolongada o hasta salvarlo? Las respuestas no abundan.

La Organización Mundial de la Salud da la voz de alarma ante el excesivo incumplimiento terapéutico. Sin un sistema que aborde los factores que condicionan la Adherencia terapéutica los avances en la tecnología biomédica fracasarán en reducir la carga de las patologías crónicas. La OMS lanza este mensaje en el Informe “Adherencia a las terapias a largo plazo”, en el que analiza la evidencia científica del incumplimiento para avanzar en su control. Apunta que “incrementar la efectividad de las intervenciones para reforzar la Adherencia puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos”. (Valvanera, 2003). Por ello considera necesario un mayor conocimiento y formación de los profesionales de la salud en el manejo de la adherencia terapéutica que incluya información sobre el cumplimiento, la ayuda para la toma de decisiones clínicas y herramientas de comportamiento.

La baja producción de experiencias y materiales del ámbito de la Psicología sobre el tema indica que aún hay un puente que no se ha cruzado desde este ámbito y que mucho de lo específico se está resolviendo (en sentido positivo o negativo) desde la acción de otras disciplinas. (Burgos, 2001). El estudio de particularidades psicológicas y sociales implicadas en la



adherencia terapéutica o cumplimiento terapéutico de prescripciones como las creencia, actitudes, atribuciones, locus de control, estilos de afrontamiento, representación de la enfermedad, apoyo social, relación profesional de la salud- paciente, y las características del régimen terapéutico es un reto y una tarea que la Psicología no puede postergar en el proceso de desarrollo del conocimiento lo que aumentaría así las posibilidades de construir la dialéctica de la adherencia terapéutica.

En Ecuador a pesar de los indiscutibles avances en atención médica, infraestructura, talento humano al menos de los seis últimos años, en hospitales públicos y el mejoramiento integral del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en dar lucha contra las enfermedades, las que son crónicas no transmisibles emergen como causa importante de muerte. En el momento actual tres de cada diez ecuatorianos padecen Hipertensión Arterial, colocándola según el último CENSO 2010 en la segunda causa de morbilidad y mortalidad por sus efectos directos sobre la producción de enfermedades cardíacas y vasculares después de los accidentes de tránsito. Otros datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) indican que las principales causas de mortalidad en general en 2010, son las enfermedades hipertensivas con el 7%, la diabetes 6,5%, la neumonía 5,4%, los accidentes de tránsito 5,4%, accidentes cerebro vasculares 5,3%, homicidios 3,8%, es decir la hipertensión y los problemas vasculares están dentro de las primeras causas de muerte en adultos. Se calcula que luego de los 40 años de edad, el 30% de los ecuatorianos sufrirá de hipertensión.

El presente informe de tesis se inserta dentro de los estudios que se desarrollan como parte del proceso de Investigación y vinculación con la colectividad de la Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Loja, realizado en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Loja, previa autorización por parte del director. La iniciativa parte de precisar los factores psicosociales en la adherencia terapéutica en pacientes adultos con



diagnóstico de hipertensión arterial. Se considera importante el abordaje de este tema de investigación por las contribuciones que se pueden derivar en el orden teórico- práctico. Desde el punto de vista teórico la novedad científica radica en ofrecer una caracterización del incumplimiento terapéutico en adultos de 45 años a 60 años que presentan hipertensión arterial desde un enfoque holístico, contextual y personalizado, además se destaca el énfasis en el esclarecimiento del papel de particularidades psicológicas como posibles moduladores en el comportamiento del enfermo hipertenso esencial ante las prescripciones médicas.

Desde el punto de vista social disponer de una caracterización de la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial puede ser una modesta referencia para la ulterior toma de decisiones en la atención específica a este padecimiento, dirigido a los pacientes, sus familiares y red de apoyo social; así como para perfeccionar las capacidades en los diferentes niveles de atención sanitaria, que incluya de manera urgente la prevención y la psicoeducación, pretendiendo finalmente arribar a una toma de conciencia acerca de las perjudiciales consecuencias que provoca el incumplimiento terapéutico para el enfermo y la sociedad en su conjunto.

La memoria escrita consta de introducción, revisión de literatura, metodología, análisis de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones. En la introducción se abordan las consideraciones teóricas sobre la hipertensión en tanto problema de salud, así como una visión panorámica actualizada de la adherencia terapéutica, los factores relacionados con la misma y los principales modelos explicativos. Durante el desarrollo se expone el diseño metodológico del estudio, explicando el paradigma de investigación empleado, las fases de la investigación que se llevaron a cabo, así como la metodología utilizada; también se describe el procedimiento general seguido en la investigación y se analizan los resultados presentando finalmente una caracterización de la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.



Los resultados más importantes destacan que en la población hipertensa se encontró que la media total de edad presente para el grupo es de 54 años. La procedencia en general de los pacientes es 60 % del sector urbana y 40% del sector rural. La situación económica en general es medianamente favorable, un 13,33% en situación económica alta. En un 66,7% de los casos predomina la composición de un núcleo familiar compuesto por la pareja o pareja e hijos. Es importante destacar que el conocimiento sobre la enfermedad, es bajo en sentido general. Se evidencia que no son capaces de estructurar el significado de ser pacientes hipertensos y las consecuencias del incumplimiento terapéutico. Poseen una información inadecuada sobre las características de su tratamiento; con relación al tiempo de su ingesta, los efectos secundarios y qué hacer ante ellos, etc. Esto nos conduce a afirmar que en este sentido no se puede sólo actuar con un alto nivel científico-técnico sino que se debe tener en cuenta como objetivo fundamental de esa actividad, la esencia de esa persona, su individualidad, su subjetividad, su familia, el entorno biopsicosocial.

Para concluir el informe se encuentra el desarrollo de la propuesta, basándose en la problemática de la Adherencia terapéutica, se propone herramientas psicoterapéuticas para mejorar la calidad de vida, identificar las limitaciones a nivel psicológico y familiar del paciente, de manera que conociendo sus potenciales pueda responder de manera efectiva al tratamiento médico para el control de su enfermedad.

OBJETIVOS:

- GENERAL

Determinar los factores psicosociales de la no adherencia terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial, para contribuir a un asertivo cumplimiento terapéutico de los pacientes que padecen de ésta enfermedad.



- **ESPECIFICOS:**

- ✓ Analizar criterios de profesionales vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.
- ✓ Precisar las causas psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica.
- ✓ Proponer un programa de educación para la salud que permitan la integración de acciones para lograr una adecuada adherencia terapéutica de estos pacientes.



3. REVISIÓN DE LITERATURA

3.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial hace referencia a la fuerza o tensión con la que la sangre fluye por el sistema circulatorio (Fernández- Abascal, 1993). El corazón envía alrededor de 60 a 70 ml de sangre hacia las arterias con cada contracción de los ventrículos. Este volumen de sangre ejerce una presión sobre las paredes de las arterias que tienden a distenderlas y, a su vez, estos tubos; que están constituidos por fibras musculares lisas, se oponen activamente a esta distensión. Estas dos fuerzas opuestas, la de la sangre que sale del corazón presionando las paredes de las arterias y la oposición de éstas a la distensión, crean en su interior una presión. Esta presión está relacionada con los principales procesos del organismo, tales como la respiración, la nutrición, la defensa, la destoxicación, la regulación de la temperatura corporal, el transporte de sustancias a los tejidos y la regulación de líquidos corporales.

Se define la hipertensión arterial (HTA) como las cifras superiores a 140 mm Hg sistólica y 90 mm Hg diastólica o que este antecedente se presente en individuos con cifras normales en el momento de la toma, pero bajo medicación hipotensora. Este límite inferior es aceptado de manera generalizada como el punto a partir del cual se incrementa de manera significativa la morbilidad y mortalidad relacionada con el ascenso tensional. (Castañar-Herrera y Céspedes-Lantigua, 2001)

Cuando se realizó el Sexto Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. (J.N.C. VI Report) y documento de la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial han propuesto valores de presión arterial que definen operativamente la hipertensión arterial en el adulto (mayor de 18 años), criterios estos para su



definición y clasificación complementados por una estratificación de riesgos en función no sólo de los valores absolutos tensionales sino también de su asociación con otros factores de riesgo conocidos (Marín-Iranzo, 2002).

La tabla que aparece a continuación nos expone estos valores de presión arterial:

TABLA 1: Valores de presión arterial que definen la hipertensión arterial (HTA) en el adulto.

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mm Hg)	DIASTÓLICA (mm Hg)
Óptima	< 120	<80
Normal	< 130	<85
dNormal alta	130-139	85-89
HTA grado1 Ligera	140-159	90-99
HTA Grado2 Moderada	160-179	100-109
HTA Grado Grave	>180	>110
SOBREGRUPOS		
HTA Grado 1(Limítrofe)	140-159	90-94
HTA Sistólica(aislada)	> 140	<90
Limítrofe	140-159	<90

A continuación presentamos esta clasificación de hipertensión arterial según los valores alcanzados:



TABLA 2: Clasificación de la hipertensión arterial según valores de presión arterial alcanzados:

CATEGORÍA	P.A. SISTÓLICA	P.A. DIASTÓLICA
LIGERO	140-159	90-99
MODERADO	160-159	100-109
SEVERO	180-210	110-119
MUY SEVERO	>/ 210	>/ 120

Se caracteriza la hipertensión arterial por ser una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que transcurre de forma encubierta sin síntomas prominentes siempre que la elevación tensional no sea extrema y que no aparezcan complicaciones que impliquen daño en los órganos diana: aquellos sobre los que la hipertensión ejerce su impacto principal, las quejas sintomáticas se orientarán hacia la región lesionada. Esta patología después de diez o veinte años ocasiona daños significativos en los órganos blancos. Se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre los 30 y 50 años de edad donde el período que transcurre entre el diagnóstico de la hipertensión arterial y la detección de las lesiones de los órganos diana, que suelen ser los responsables de la aparición de síntomas, es muy variable. Este período de latencia depende de la severidad de la hipertensión arterial y de la coexistencia y severidad de otros factores de riesgo.

Se ha podido comprobar que el silencio en el diagnóstico, la falta de control y otros factores endógenos y exógenos individuales provocan muchas veces que los valores de tensión arterial se mantengan elevados sin que los individuos conozcan esta situación, lo que puede conducir al daño de diversos órganos vitales de la economía entre los que se encuentran: (Dotres y cols, 1998)



- Corazón: hipertrofia del ventrículo izquierdo origina infarto cardiaco y e insuficiencia cardiaca.
- Sistema nervioso: accidente vascular encefálico o ataque transitorio isquémico
- Riñón: nefropatía
- Vasos sanguíneos: aterosclerosis, enfermedad arterial periférica
- Ojos: retinopatía.

Se caracteriza este padecimiento como:

- Prevalencia elevada.
- Es enfermedad en sí y es un riesgo de desencadenar otras.
- Baja proporción de casos conocidos.
- Clínica de apariencia benigna
- Diagnóstico frecuentemente accidental.
- El paciente suele incumplir en el tratamiento y el seguimiento controlado.
- Presenta complicaciones graves.
- Compleja fisiopatología y múltiples factores etiológicos.
- Tiene factores de riesgo que dependen del medio y el modo de vida.

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial. De acuerdo a su posibilidad de intervención han sido clasificados en factores de riesgos modificables (suelen ser evitados, disminuidos o eliminados) y no modificables (inherentes al individuo) para facilitar su identificación e intervención.

Como entidad multideterminada existen datos en la literatura sobre los correlatos psicológicos de la hipertensión arterial, constituye un trastorno funcional pues su origen no puede ser determinado orgánicamente de forma tal que justifique la elevación de la presión sanguínea. Este hecho ha



constituido una interrogante para la Psicología de la Salud la cual ha puesto su mirada en el estudio de los factores o variables psicológicas y sociales que pudieran influir en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial esencial. (Somorra, Diarra, Jacobs, 1995; Grossman y Zalewski, 1995; Guilluim, 1996, citado por Samper y Ballesteros, 1999;)

Se hace necesario puntualizar que el primer trabajo de intervención psicológica de la hipertensión arterial fue el de Jacobson en 1939 en el cual intentó evaluar el efecto de la relajación muscular progresiva sobre la presión arterial, controlando la influencia del grado de relajación obtenida mediante registro electromiográfico. El grupo experimental que recibió entrenamiento en relajación estaba constituido por cuatro sujetos con hipertensión y diez normotensos que obtuvieron reducciones 13/11,3 mm Hg y 87,9 mmHg respectivamente. (García, 2003)

3.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA O CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LAS PRESCRIPCIONES

Cuando Julian Tudor Hart se preguntaba por la causa que justificase el hecho de que en algunas enfermedades importantes, ante las que se dispone de medidas terapéuticas eficaces, como la hipertensión arterial; se alcanzaron unos grados de control tan insuficientes no estaba haciendo más que recordar aquello que decía:... “Hay que vigilar a los pacientes, quienes mienten con frecuencia sobre haber tomado las cosas prescritas...” Históricamente ya Hipócrates 450 años A.C. advertía sobre la falta de fiabilidad de los informes de los pacientes sobre su ejecución de los regímenes terapéuticos prescritos, pues consideraba que los pacientes con objeto de evitar las recriminaciones de sus médicos daban una respuesta socialmente deseable que veraz. A pesar de las advertencias este tema no recibió mucha atención hasta la década de 1970.



La definición de cumplimiento más clásica y frecuentemente recogida y aceptada es la dada por Haynes en 1979 que lo define como “el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación, seguir una dieta y efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas e higiénicos-sanitarias que se le han dado”. (Citado por Merino y Gil,2001)

Galperin define el cumplimiento como la medida en la que el paciente responde a las indicaciones médicas y las hace suyas, existiendo diferentes motivaciones por parte del paciente que explican los grados de adhesión a los distintas indicaciones. (Citado por Merino y Gil, 2001)

Raven había apuntado que, ya que habitualmente implica un cambio de conducta, el cumplimiento podría extenderse como un proceso de influencia social que puede ocurrir o no acompañado por los cambios en las creencias y actitudes de las personas. (Citado por Ferrer, 1995)

Para Boza cumplir es el entendimiento razonable, por parte del enfermo de las necesidades de tratamiento y de sus diferentes posibilidades, seguido de la acción apropiada. (Citado por Merino y Gil, 2001).

Ewart considera que el cumplimiento tiene tres componentes: la conducta, la meta de la intervención, un proceso a través del cual la conducta cambia y un producto conductual del contexto en el cual ha ocurrido el proceso de cambio conductual. (Citado por Ferrer, 1995)

Coincidimos con diversos autores cuando refieren que el término cumplimiento, visto de esta manera, presenta limitaciones pues implicaría un rol pasivo y sumiso donde el enfermo sería incapaz de tomar sus propias decisiones, y un cierto autoritarismo paternalista de los profesionales al paciente al seguir fielmente las directrices que estos les proporcionan. Nos oponemos a autores que solamente reservan el término de cumplimiento



para las recomendaciones estrictamente farmacológicas al constituir a nuestro juicio un punto de vista reduccionista.

Kristeller y Rodin aportan una nueva dimensión al considerar que no es posible incluir bajo una única denominación lo que en realidad es un complejo proceso de autorregulación que puede dividirse en tres etapas:

- a) El cumplimiento o acuerdo inicial con y seguimiento de” prescripciones por parte del paciente.
- b) La adherencia o seguimiento continuado de un plan de tratamiento negociado bajo supervisión.
- c) El mantenimiento o incorporación al estilo de vida de una serie de conductas relacionadas con la salud y no supervisadas.

Consideramos pues que en el orden metodológico para el estudio y abordaje de este fenómeno se empleó de manera indistinta y como sinónimos los términos de adherencia y cumplimiento siempre y cuando la definición se refiera a: “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico o deseado”. (DiMatteo y Dinicola, 1982)

Nos adscribimos a esta definición ya que presupone y define una actitud del paciente que refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico (ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y, simultáneamente implicación activa del paciente en las mismas) frente a cualquier postura que le infiera al paciente un papel más pasivo.

Aceptamos lo pautado por el VI Informe del Comité Nacional Conjunto de Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. (J.N.C. VI Report) cuando indica “los pacientes tienen el derecho y la responsabilidad de tomar parte activa y participar de forma bien informada sobre su propio cuidado y conseguir el máximo bienestar físico y emocional”.



Sostenemos lo planteado por Zaldivar cuando refiere que la adherencia terapéutica no puede verse como el seguimiento ciego por parte del paciente de las indicaciones que le han sido dadas. Es necesario buscar el acuerdo del paciente con el plan que se le propone y de ser posible, algún grado de participación en su elaboración lo que aumentaría la posibilidad de su ejecución. (2001)

La adherencia terapéutica constituye un fenómeno múltiple y complejo al implicar una diversidad de conductas. Puede hacer referencia a conductas de salud cuando la prescripción o recomendación del profesional pretenda eliminar comportamientos de riesgo del sujeto y/o que esta ponga en práctica recomendaciones de salud generales (no beber, no fumar, hacer ejercicios, dieta equilibrada, etc.) O referirse a conductas de enfermedad cuando la prescripción o recomendación del profesional pretenda desarrollar en la persona acciones encaminadas a reducir su sintomatología.

Otra característica que distingue al cumplimiento o adherencia terapéutica es que es un concepto dinámico multidimensional, no unitario. Así pues el enfermo modifica sus comportamientos en el tiempo e incluso no se adhiere igual a la toma de fármacos que a la dieta o asistencia a citas concertadas.

Se hace necesario hacer mención a determinadas clasificaciones que esclarecen el trabajo sobre este fenómeno: En este sentido Rudd ha definido el incumplimiento parcial como el grado de concordancia subóptima por encima o por debajo del nivel prescrito (citado por Merino y Gil, 2001)

Autores como Merino y Gil hacen referencia a las vacaciones farmacológicas como los períodos en los que el paciente no toma la medicación, dándose con más frecuencia en los tratamientos a largo plazo; y la cobertura terapéutica como la capacidad de un fármaco para mantener su eficacia a pesar de un incorrecto cumplimiento terapéutico.



Se hace mención en la literatura de dos modalidades posibles atendiendo a las causas para clasificar la no adherencia. Estas serían involuntarias o intencionales o voluntarias; siendo estas últimas las más frecuentes.

Como causas involuntarias encontramos que en algunos estudios el porcentaje de pacientes que interpretan mal la prescripción del profesional alcanza tasas del 60%, llegando al 68% (Merino y Gil, 2001)

La no adherencia involuntaria incluye también el olvido de alguna toma, aunque debe valorarse con reservas pues pudieran entrar en juego respuestas inconscientes de un conflicto psíquico del paciente ante la enfermedad, el seguimiento del tratamiento o el rechazo a la autoridad.

Debe señalarse que una forma voluntaria de incumplimiento o no adherencia es también el incumplimiento razonado en la que el paciente altera las indicaciones prescritas habitualmente disminuyendo las dosis por entender que con ellos no obtiene beneficios para su enfermedad. (Merino y Gil, 2001)

Cuando estamos ante el caso de pacientes que no llegan, siquiera a iniciar el tratamiento nos referimos al incumplimiento primario. Estos generalmente no llegan a retirar el fármaco de la farmacia. Según algunos estudios suponen entre el 2% y el 20% de las prescripciones realizadas (Merino y Gil, 2001)

Blackwell a su vez a calificado las formas de incumplimiento o no adherencia en cinco categorías: por omisión que incluye lo que sería el incumplimiento involuntario o no intencional, de propósito, es decir, tomar o no la medicación por razones equivocadas; de errores en la dosificación, por confusión temporal y por uso de medicaciones no prescritas.

Al igual que en otros trastornos psicofisiológicos, en la hipertensión arterial, la no adherencia terapéutica o incumplimiento terapéutico al ser un fenómeno complejo puede estar relacionado con la presencia de diferentes



factores. Aparecen así un repertorio de características o conductas las que propician la presencia de este fenómeno y que en, última instancia, favorecen la aparición de alteraciones hemodinámicas facilitadoras del cuadro hipertensivo.

Haynes (1976,1979) realizó una revisión en la que identificó más de 200 factores que podrían relacionarse con el cumplimiento terapéutico: características demográficas, socio-conductuales de los enfermos, aspectos de la interacción profesional de la salud-enfermo, rasgos de la enfermedad, regímenes terapéuticos o el esquema terapéutico, características de la institución que presta el servicio. (Citado por Ferrer,1995)

Se ha dicho que el incumplimiento es mayor en las edades extremas, algunos adscriben a la mujer un mejor cumplimiento. En estudios realizados por el Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Alicante entre el 20 y el 25% de los hipertensos diagnosticados que dejan de acudir a las citas concertadas predominan los sujetos más jóvenes y varones. De los que acuden la mitad incumplen el tratamiento. De estos, la mitad toma la medicación de forma esporádica predominando los ancianos y las mujeres. La otra mitad abandona la medicación y en este grupo predominan fundamentalmente los adultos y los hombres. (Merino y Gil, 2001)

Otro dato encontrado en la literatura vinculado a los factores demográficos aparece en resultados donde los niveles socioeconómicos bajos, y de instrucción baja tienden a relacionarse con un peor cumplimiento. Se refiere en estos estudios que los trastornos de personalidad, trastornos del ánimo como la ansiedad y depresión afectan negativamente la adherencia terapéutica. (Merino y Gil, 2001)

Es útil señalar muy vinculado con los factores derivados de las indicaciones terapéuticas como en investigaciones de Masser (1977) han arrojado posibles causas de la no adherencia terapéutica, especialmente en lo



referente a la ingestión de fármacos al producir efectos secundarios desagradables. La mayoría de estos efectos secundarios, refieren, se reducen a medida que el organismo se adapta a la droga, pero encontraron que este aspecto no siempre se le informa al paciente. Semejantes resultados encontraron Muldow, Waldstein y Jeining en 1995. (citado por Samper y Ballesteros,1999)

Se ha demostrado, además, por diferentes autores que determinados factores de la estructura sanitaria están relacionados con el cumplimiento: la inaccesibilidad a los cuidados, tiempo de espera, burocratización asistencial, discontinuidad de los cuidados por el mismo profesional, las citas pocas frecuentes, el coste de esa atención y el pago por los medicamentos son barreras que influyen negativamente. (Citado por Merino y Gil, 2001)

3.3 FACTORES PSICOSOCIALES EN LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Es evidente que la Psicología como ciencia no puede explicar todo el secreto de la determinación de la conducta, ya que esta no es sólo del orden de lo psicológico; pero resulta imprescindible para analizar e intervenir en la problemática de la adherencia terapéutica, a través de la ciencia psicológica, detenernos en el sujeto; “lugar” donde se produce este fenómeno. En este sentido delimitaremos los factores psicosociales vinculados al sujeto que están presentes en este fenómeno y constituyen objeto de nuestra investigación.

Entre los factores psicosociales se encuentran: las creencias del paciente, las actitudes, atribuciones, la representación mental de la enfermedad, locus de control, los estilos de afrontamiento, el apoyo social, la relación médico-paciente.



3.3.1 Creencias del paciente

Los enfoques cognitivos han dado una gran importancia a las creencias que los sujetos desarrollen sobre determinada cuestión o situación como elemento activador de determinados estados emocionales y de ciertos comportamientos.

Definimos las creencias como ciertas proposiciones emocionalmente aceptadas, y que suponen una referencia explicativa. Cada ser humano tiene creencias acerca de la realidad, de sí mismo y de los demás. Ellas se conforman desde tres núcleos de determinación: sociohistórico o cultural, grupales y comunitarios particulares, individual (Calviño, 2002)

En el caso de la adherencia terapéutica se ha planteado por Bandura y otros autores (Taylor, Peplau y Sears 1994; Bandura 1987; Rosenstock, 1966; Houchbaum, 1958) que existen cinco grupos de creencias que tienen que ver con la práctica de las conductas de salud.

El primer grupo estaría relacionado con las creencias, valores generales de salud o motivación para la salud, incluyendo el interés de la persona en la salud y en lo relacionado con ella. El segundo conjunto parece relacionarse con la severidad percibida de la enfermedad o la percepción de que la amenaza a la salud o las consecuencias ocasionadas por una enfermedad son importantes.

Existen diferencias en la percepción de la severidad cuando es valorada por los profesionales de la salud y cuando es valorada por el enfermo. Así cuando la severidad de la enfermedad es valorada por profesionales de la salud, los enfermos con problemas graves no muestran tasas de adherencia más elevadas que aquellos otros con problemas moderadamente graves (Becker y Rosentock, 1984; Haynes, 1976). En cambio cuando la severidad percibida es valorada por el enfermo aparece una relación directa entre la severidad y la tasa de adherencia a prescripciones de salud o terapéuticas



en distintos problemas (Meicheembaum y Turk, 1987; Becker y Rosentock, 1984)

El tercer grupo de creencias lo constituye la vulnerabilidad personal ante la enfermedad o vulnerabilidad percibida. En este caso las personas subestiman su propio riesgo ante la enfermedad y otros acontecimientos vitales que pueden tener consecuencias negativas e importantes en su salud; mientras las creencias sobre una mayor susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad se asocian a un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas.

El cuarto grupo lo constituye la autoeficacia percibida o la creencia en que uno es capaz de ejecutar la respuesta necesaria para reducir la amenaza; o sea, las expectativas que tenemos en cuanto a nuestra capacidad para enfrentar y modificar la amenaza a partir de la ejecución de las acciones correspondientes.

En este sentido se han relacionado expectativas de autoeficacia y la adherencia terapéutica en diferentes pacientes crónicos incluyendo hipertensos. (Kavanagh, Gooley y Wilson, 1993; Tall, et al, 1993). Villamarín apunta en una revisión sobre el tema que parece que este factor podría ser un predictor de la adherencia.

Por último estaría como quinto grupo la utilidad percibida que significaría en que la respuesta sería más eficaz para superar la amenaza que costos ocasionados. Estas creencias se relacionan con el beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento.

En opinión de autores como Fieshhein y Azjen en 1975 y 1980 las creencias forman la base de las actitudes. De esta manera, de acuerdo, con las propuestas del modelo de creencias de salud y la Teoría se acción razonada las creencias y las actitudes de las personas en relación con la salud y la



enfermedad y en relación con una enfermedad particular son factores moduladores importantes de la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas y/o de salud. (Citado por Ferrer, 1995)

3.3.2 Las actitudes o convicciones

Constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas o grupos. Son el producto del largo proceso de socialización por el que atraviesa el hombre y resultado del aprendizaje, de la experiencia. Estas se infieren por la manera de reaccionar de las personas. Se diferencian notablemente de las opiniones donde al no implicar un compromiso afectivo son fáciles de cambiar. La actitud comprende una dimensión y es más difícil de modificar. Estas tienen en sí tres componentes el afectivo que le da el carácter emocional, el cognoscitivo que son los conocimientos que se poseen del objeto de la actitud y el conativo que constituye lo que el sujeto hace, su forma de actuar; este ayuda si está a favor y arremete si está en contra.

Las actitudes no se transforman tan fácilmente y esta se explica por el proceso de selectividad perceptual, donde tendemos a percibir lo que está en consonancia con nuestras características educativas, personales, y el proceso de retirada, donde el individuo tiende a retirarse a no participar de aquellas situaciones que para él tienen un significado desagradable o doloroso. En este sentido consideramos al prejuicio como el anquilosamiento de la actitud. Tanto el prejuicio como la actitud son diversos en el campo de la salud y estos pueden favorecer o entorpecer el proceso de adherencia.

Las explicaciones en torno a las causas de una enfermedad específicas o atribuciones causales puede ser otro factor que influye sobre la adherencia terapéutica (Meyer, Leventhal y Guttman, 1985)

3.3.3 Las atribuciones de causalidad

Concepto.- son percepciones frías o cogniciones; son simples afirmaciones sobre la forma en que funcionan las cosas. Son importantes para las



emociones, pero no equivalen a la evaluación cognitiva, lo cual, además añade la dimensión de importancia de la atribución para el bienestar del individuo. La atribución de que el esfuerzo o la persistencia es lo que explica sus éxitos en lugar de ser su propia capacidad o su carencia explica sus fracasos, esto puede tener un efecto deprimente como evaluación, puesto que plantea dudas sobre su capacidad para continuar el esfuerzo necesario para el éxito. En el mismo sentido, la atribución de que necesita una capacidad superior para conseguir el éxito puede ser amenazante si tiene dudas sobre su propia capacidad. Las atribuciones deben ser interpretadas por el individuo en cuanto a su significado personal, de acuerdo a sus valores y compromisos de éstos.

Actualmente con relación a la adherencia terapéutica no se cuenta con resultados concluyentes. Se ha constatado la existencia de errores atribucionales sobre la base del efecto actor-observador. Así mientras los pacientes hacen autoatribuciones externas sobre las causas de los fallos de la adherencia al tratamiento (ejemplo los efectos secundarios), los profesionales de la salud hacen heteroatribuciones internas a los pacientes refiriendo como problemas la pereza, falta de motivación, etc. Investigaciones de King en 1983, Rodin en 1978 constatan lo planteado. (Citado por Ferrer, 1995)

Se ha observado en investigaciones que las personas hipertensas que cumplen mayor medida las recomendaciones terapéuticas atribuyen la enfermedad a la herencia, seguida del estrés (Nouvilas y Huici, 1993), mientras, en otros estudios (Sharkness y Show, 1992) atribuir la hipertensión a una causa distinta de la dieta aparece como variable significativamente asociada a un mejor cumplimiento. (citado por Ferrer, 1995).

La aplicación al campo de la salud está planteando nuevas expectativas donde parece ser que estas explicaciones en torno a las causas de una



enfermedad específica pueden influir sobre las conductas de salud y la adherencia a prescripciones y recomendaciones de salud.

3.3.4 La representación mental de la enfermedad

Concepto desarrollado por Leventhal y colaboradores (1980) es otro de los factores relacionados con el cumplimiento -incumplimiento terapéutico o la adherencia-no adherencia terapéutica.

Este concepto se refiere a que las personas tienen representaciones o modelos de sentido común sobre la enfermedad y sobre enfermedades específicas y en ellos se incluyen creencias expectativas y explicaciones sobre la causa de su enfermedad y su propia responsabilidad en ella; sobre las características, sintomatología, curso, duración de la enfermedad, sobre el tratamiento, su responsabilidad en él, su posible respuesta al mismo y sobre las consecuencias de la enfermedad.

Los factores socioculturales y en particular los relacionados con el medio familiar juegan un rol central en la representación mental de los sujetos. Así el modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad brinda al individuo una explicación de las posibles causas de su responsabilidad en la misma, y también de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución.

En este sentido la concordancia o no entre el modelo y representación mental del enfermo y la explicación o instrucciones sobre la enfermedad que se le proporcionan determinarían la conducta de enfermedad posterior y en consecuencia podría contribuir a modificar las tasas de adherencia. Mientras mayor correspondencia mayor adherencia.

Algunas investigaciones sugieren que la representación mental de las medicinas podría ser un factor en el afrontamiento a la enfermedad y en la ejecución de conductas promotoras de salud, entre las que se incluye la



adherencia o cumplimiento terapéutico. (Echevarría, San Juan y Ozoniz, 1992)

Se han realizado estudios donde se ha relacionado la percepción de síntomas físicos, estado de ánimo con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se ha sugerido que la ausencia de síntomas específicos en los hipertensos atenúa la motivación para tomar medicamentos.

3.3.5 Locus de control

Otro factor que aparece es el locus de control. Por si sola es una variable que no tendría mucha importancia. Sin embargo, se reporta la clara relación que existe entre ésta y algunas otras variables como autoestima, valores, creencias, etc.

El locus de control es la percepción del sector de la realidad personal y social que controla las contingencias que actúan sobre la conducta, y que puede ser percibida por uno mismo o por entidades del exterior, su exploración permite conocer las expectativas del sujeto acerca de cómo sus acciones pueden influir o no controlando el ambiente y valorar los mecanismos regulativos del mismo.

El locus de control expresa el grado de responsabilidad que el sujeto asume por lo que le acontece. Puede ser externo o interno según la responsabilidad sea depositada en el propio sujeto o fuera de él. De esta manera:

1. El locus de control interno, cuando las personas creen que pueden controlar los resultados o sus destinos en virtud de sus esfuerzos.
2. El locus de control externo, cuando creen que el destino, la suerte o poderes externos controlan sus resultados.

En locus de control interno, es decir, cuando existe internalidad en el control y los sujetos consideran que los acontecimientos se deben a sus acciones



personales y de esta forma controlados por ella, favorece el ajuste personal y la buena afectividad ante acontecimientos vitales, negativos, ambiguos, inesperados y poco controlables que se relacionan significativamente con trastornos psicológicos, todo lo contrario ocurre cuando lo que predomina es el locus de control externo, o sea la externalidad en el control, donde los sujetos consideran que los acontecimientos no están relacionados con su propia conducta, y por lo tanto escapan a su control personal, de esta manera se dificulta la capacidad de adaptación ante las diferentes demandas, se relacionan con la inmadurez, la subvaloración y la baja autoestima. (Escobar y Cobas, 2000)

Algunas investigaciones sugieren que lo que esconde el locus de control es el concepto de “uno mismo como agente”. Se ha intentado establecer relaciones entre el locus de control interno y externo y adherencia terapéutica pero los resultados a pesar de que existen indicios de que personas con locus de control externo tienen menos probabilidades de tomar correctamente la medicación prescrita o de seguir programas de tratamiento no son definitivos. (Davidson, 1982; Serafino, 1990; Linch, 1992; Becker y Rosenstock, 1984; Funke y Nicholson, 1993)

3.3.6 Estilos de Afrontamiento

En el momento actual se continúa analizando factores como el estilo de afrontamiento que podría también desempeñar un papel modulador de la adherencia terapéutica o cumplimiento terapéutico.

El afrontamiento es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo.

El afrontamiento, para Lazarus y Folkman, se define como los esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y/o externas que son



evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Casals, 2001; Pernas et al, 2001; Lazarus y Folkman 1986)

Afrontar no significa dominar ni tampoco fracasar en la búsqueda de estrategias para lograr un resultado determinado ante una situación. Afrontamiento no es dominio del entorno, los diferentes tipos no son ni buenos ni malos, ni eficaces para una situación u otra en otro momento, el que una persona utilice unas formas no quiere decir que actúe mejor, solo controla la situación de una forma diferente. (Lazarus y Folkman, 1986)

Puede ser Primario o Secundario. El primario es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenaza, puede ser irrelevante, benigno o estresante, esta última puede producir daño o pérdida, amenaza o desafío. El secundario es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza potencial, valoración dirigida a determinar qué puede hacerse frente al afrontamiento, para luego ejecutar esa respuesta la cual es el afrontamiento en sí mismo. (Lazarus y Folkman, 1986)

En el afrontamiento se distinguen dos estrategias: cómo vemos las cosas y cómo pensamos resolverlas. Cohen y Lazarus plantean que las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos tanto intrapsíquicos como los orientados hacia la acción destinada a manejar las demandas ambientales desbordantes de los recursos individuales.

Diversos autores señalan en este sentido como estrategias el afrontamiento dirigido hacia el problema y el afrontamiento dirigido hacia la emoción. Las estrategias dirigidas hacia el problema se centran en la búsqueda de soluciones, y consideran aspectos relativos a la resolución de problemas, como la consideración de diferentes alternativas, la posibilidad de aplicar las soluciones, que hacen referencia tanto al entorno como al individuo mismo. El afrontamiento dirigido hacia las emociones está centrado en la regulación



emocional, a disminuir o aumentar el grado de bienestar, a modificar la forma de vivir la situación. (Casals, 2001)

En la eficacia de los afrontamientos intervienen factores como: la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, el nivel cultural, las características personales (autoestima), edad, sexo, posición social, inteligencia, madurez, religión, la valoración social (identidad), normas, expectativas y el apoyo social. (Lazarus y Folkman, 1986)

Un elemento importante en los afrontamientos es la valoración, en la cual influyen factores de tipo personal, como las creencias y los compromisos; y los de tipo situacional, como la novedad, la cronología de los sucesos en la cual se analiza la ocurrencia fuera de tiempo y la relación entre acontecimientos; también se encuentran las de carácter temporal como la inminencia, la duración y la incertidumbre personal.

En la valoración juega un papel fundamental el nivel de compromisos, los cuales expresan lo que es importante para el individuo. Los compromisos deciden el carácter estresante o no de la situación, así como las alternativas que el sujeto tiene para conservar sus ideales y conseguir determinados objetivos.

Muchas de las investigaciones actuales se basan en las escalas desarrolladas por Lazarus y Folkman (Ways of Coping Checklist, y Ways of Coping Questionnaire), de las cuales las dimensiones más popularizadas son las siguientes: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva.

Namir y colaboradores, en relación a las formas de afrontamiento ante la enfermedad, señalaron tres dimensiones:



1. Afectivo-cognitivo, que recoge la evaluación de la fuente de la enfermedad e incluye aspectos sobre las creencias, actitudes y pensamiento ante la misma,
2. Activo-conductual, que implica un comportamiento directo sobre el problema y la búsqueda de apoyo emocional, informativo e instrumental, y
3. Método de evitación, que hace alusión a la no confrontación del problema a través de estrategias de negación.

Bermúdez también, señala que existe un apreciable consenso en agrupar las diferentes estrategias en dos amplias categorías: estrategias centradas en la emoción y estrategias centradas en el problema. Ambas funciones incluyen estrategias cognitivas y comportamentales sin que, a priori, unas sean consideradas más eficaces que otras. En el concepto de afrontamiento estos autores no incluyen la valoración de la eficacia. Esta dependerá de los resultados a corto y a largo plazo pero no forma parte del propio concepto. Además ambas funciones pueden relacionarse de diferentes modos: pueden facilitarse una a la otra o, por el contrario, pueden dificultarse mutuamente. Por otra parte la cantidad de esfuerzo que el individuo ponga en cada función dependerá de su percepción de la situación. Si ésta se percibe de forma que es posible el control sobre ella, el afrontamiento centrado en el problema será mayor que si se percibe con pocas posibilidades de control. En este último caso cabría esperar mayores niveles de afrontamiento centrado en los aspectos emocionales del problema. (1996)

Con el objetivo de conocer cuáles son las estrategias o estilos de afrontamiento más empleados por los sujetos, se han realizado un sin número de investigaciones. Castro y González (2001) constataron que los pacientes hipertensos estudiados presentaron un predominio de estilos de afrontamiento centrados en la emoción (77.5%), siendo los estilos que predominaron con mayor frecuencia la reevaluación positiva y la búsqueda



de apoyo social, mientras que en menor medida la confrontación, la planificación, el distanciamiento y la aceptación de la responsabilidad. Los menos empleados fueron el autocontrol (3.88) y la huida evitación.

La cuestión clave quizás no sea cuáles estrategias de afrontamiento usa un individuo, sino más bien cuántas hay en su repertorio o cuán flexible es la persona en el empleo de diferentes estrategias. (Casals, 2001)

3.3.7 Apoyo Social

El apoyo social puede contribuir a incrementar o disminuir, también, la ejecución de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas.

Este factor se define, según Kaplan (1974) como “un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes que desempeñan una función notable en el mantenimiento de la integridad psicológica y física del individuo en el transcurso del tiempo. Los diferentes elementos del sistema de apoyo social pueden ser espontáneos, es decir no organizados en forma planificada por alguien interesado en estimular la salud del individuo y de las respuestas biosociales naturales de los individuos, de su comunidad, o a partir de los valores, las tradiciones de su cultura y sociedad.” (Citado por Nuñez, 2001)

Encontramos también útil la definición de Ballesteros (1992) en la que el apoyo social es la ayuda emocional e instrumental que para el individuo se deriva de un entramado o red social. Las redes sociales indican las características estructurales (dimensión o cantidad de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad, etc) de las relaciones mantenidas por una persona.

Los sistemas de apoyo social se clasifican en formales e informales. La participación social posibilita el desarrollo de distintos roles que pueden incrementar la sensación de poder y la autoestima, con las consecuencias



positivas para el bienestar que ello lleva consigo. La sensación de pertenencia incrementa el bienestar. (Martínez, 1993)

Tener una red social no es un sinónimo de un sistema de apoyo. El apoyo se da cuando el compromiso de las personas entre sí se extiende a un nivel de preocupación e “involucración” .Las cualidades que parecen ser esencialmente relevantes implican el intercambio de comunicaciones íntimas y la presencia de solidaridad y confianza.

Una faceta muy importante en el apoyo social ha sido definida por Irwin y Sarason cuando señalan que “la percepción del apoyo social podría considerarse como un característica de la personalidad. Esta característica estable de la personalidad a la que estos autores han denominado sentimiento de apoyo estaría relacionada con la percepción de la disponibilidad y con la predisposición a interpretar una conducta como apoyo.” (Citado por Nuñez, 2001)

La literatura recoge variabilidad de tipos de apoyo social existentes, sin que exista un total acuerdo. (Roca, 1996)

Fernández Ballesteros tiende a utilizar la clasificación de apoyo instrumental y apoyo emocional. El instrumento se da por la ayuda financiera y doméstica, puede incluir préstamos, regalos, así como, prestación de servicios. El apoyo emocional incluye el apego, el conseguir seguridad y ser capaz de confiar en otros todo lo cual contribuye al sentimiento de ser querido y valorado lo que puede estimular a una persona a mantener, redoblar o abandonar esfuerzos de enfrentamiento que aumenten la posibilidad de manejar o dominar las tensiones. Refiere que el apoyo informativo puede afectar los resultados y sugerir soluciones o alternativas a un problema, o sea, es brindar información, orientación y retroalimentación de la conducta. (Citado por Nuñez 2001)



Se definen seis funciones para el apoyo: instrumental dado por el apoyo tangible y material; el emocional por el afectivo, expresivo y sustento emocional; el de estima, el cual incluye la valoración, reconocimiento y afirmación; el informativo que es enseñar, guiar, orientar y aconsejar; el de compañía, donde está presente la proximidad, la disposición e interacción social positiva y el motivacional que es animar estimular y reafirmar (Misutu, 1994)

Según Kornegay (1999) el apoyo social puede ser beneficioso en determinadas circunstancias. Generalmente, el apoyo social se consideraba beneficioso para la presión sanguínea solamente ante bajos niveles de hostilidad, pero no era efectivo ante altos niveles de hostilidad. Este autor sugiere, a la vista de sus resultados, que la dosificación en la expresión de la rabia puede ser más beneficiosa que el incremento del apoyo social. Por su parte Uchino y cols, (1999), Collins (1999) y Steptoe (2000) sugieren que para que el apoyo emocional sea un factor moderador de las situaciones, el sujeto debe buscar ese apoyo durante las situaciones de estrés. (Cea Ugarte, et al, 2001)

Se ha demostrado que el apoyo social del grupo de referencia administrado a la ejecución de conductas de salud es una estrategia eficaz para abandonar conductas de riesgo, pues es capaz de compensar las consecuencias inmediatas placenteras de las conductas de riesgo (Ferrer, 1995). Este puede contribuir a incrementar la ejecución de prescripciones terapéuticas al animar al enfermo a mantener el régimen y ejecutar acciones para volver a la vida normal, contrastando la salud suya con la buena de otros que le motive a poner en práctica lo pautado.

Si bien en términos generales, el apoyo social constituye una fuente de bienestar subjetivo, contribuye al autodesarrollo y a la realización personal, promueve la autoestima, facilita la presencia en el sujeto de modos exitosos de afrontamiento ante las tensiones de la vida, promueve los sentimientos de



control de la realidad, y por ende , las personas que sienten que “poseen” apoyo de los otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que otros con menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento social. No es menos cierto, que el apoyo social también puede interferir con la adherencia a prescripciones de salud y/o terapéuticas. Pudiéramos encontrar que algunos aspectos del tratamiento pueden dificultar la vida de los amigos, familiares del paciente y estos al expresar su incomodidad o malestar pueden interferir en el cumplimiento. Se puede encontrar que el contraste entre el estado del enfermo y la salud de los que le rodean puede servir para incrementar la adherencia pero también para disminuirla si el paciente valora como pobre al compararse los avances o se deprime.

Es señalativo también como en enfermedades crónicas el apoyo social puede contribuir a perpetuar la dependencia o rol del enfermo; así como ciertas pautas de salud o tratamiento innecesarias. Sucede otro tanto cuando el apoyo social interfiere en la adherencia si las prescripciones van contra valores, conductas o pautas de conducta de la familia. En relación con esta problemática encontramos trabajos que apoyan lo planteado: Becker y Rosenstock, 1984; Chistensen, et al, 1992; Di Matteo Di Incola, 1992; Di Matteo y Hays, 1981; Sarafino, 1990. (Citado por Ferrer, 1995).

3.3.8 Relación médico-paciente

Uno de los factores más importantes para la marcha del proceso terapéutico y sus resultados está en el tipo de relación que se establece entre el paciente y su terapeuta (médico, psicólogo, etc.). La relación paciente-terapeuta es una relación interpersonal laboral de prestación de servicio (Glez, 1984)

Anteriormente el incumplimiento o no adherencia era considerado una falla del paciente y el profesional de la salud sólo registraba el hecho como un



problema más que, por otra parte, explicaba la eventual mala evolución del problema deslindando así su responsabilidad. Hoy es sabido que la calidad de esta relación es un factor clave que influye en la conducta del paciente pudiendo tomar diferentes modos acorde con las conductas del profesional. Este no es un mero observador de la conducta del paciente sino que es un componente importante en las decisiones que toma el paciente.

El comportamiento del profesional es cardinal para que un paciente siga las instrucciones y se adhiera al tratamiento. El paciente tiene que percibirlo como una persona competente, confiable, empática. La competencia estaría dada por el nivel de preparación y reputación del profesional, la confiabilidad por la seguridad que muestre, la pertinencia y claridad de criterios y sugerencias que emita y la empatía se relaciona con el trato que brinde y el interés que demuestre el facultativo por ayudar y comprender a su paciente.

Es necesario para que exista una buena adherencia terapéutica una activa participación del paciente tanto en el plano intelectual como afectivo. Se ha observado que el tono afectivo negativo en la interacción o relación entre el profesional de la salud y el enfermo aumenta la probabilidad de que ocurran fallos en la adherencia (Davis, 1968), mientras que la satisfacción del enfermo con esta relación aumenta la probabilidad del cumplimiento. (Francis, Korsch y Morris, 1969; Haynes, 1976; Kirscht y Rosentock, 1979)

Junto con la eficacia de la comunicación y de su tono afectivo se han estudiado también, en la relación profesional de la salud-enfermo; aspectos como el intercambio social, la influencia social o el poder social y su relación con la adherencia implica un cierto cambio de conducta por parte del enfermo, pudiendo entonces considerarla como un proceso de influencia social, entonces cabría analizar el tipo de poder social que pone en práctica el profesional de la salud, como agente inductor. Se concluye que si el profesional de la salud suele emplear un poder de experto coercitivo o de recompensa, hace que los enfermos perciban esos cambios como obediencia a normas externas. Por el contrario para que el enfermo



internalice las prescripciones de salud y las ponga en marcha aún en ausencia del profesional de la salud este debería poner en práctica un poder de referente.

En concordancia con lo planteado es vital concebir la relación entre profesional de la salud-enfermo en el mantenimiento de la adherencia terapéutica como un vínculo en el que ambos se conciben como que están o pueden estar en un acto único de naturaleza determinada (subjetiva y objetiva, del orden de lo real y lo imaginario). Esta relación tiene que ser (al decir de Vygotsky) un lugar de unidad en el que se preserva un espacio personal que para el profesional significa la posibilidad de “mirar” a esa relación y analizarla y para el enfermo significa el cuánto él va aportar a esa relación para acometer la tarea.

Para un buen cumplimiento terapéutico es necesario que en esta relación exista un tipo de vínculo en el que haya contacto, entendido este como implicación emocional, intelectual y actitudinal entre las personas, suponiendo compromisos y acuerdos, interés mutuo en un objetivo o tarea común. Por último es necesario mencionar Las características de los regímenes terapéuticos que parecen modular la adherencia son su complejidad, dosificación, duración y efectos secundarios.

Por tanto los factores psicológicos y sociales ocupan un espacio importante a la hora de clasificar y considerar las determinantes de una enfermedad y su tratamiento. En el caso específico de la Hipertensión resulta imprescindible tomar en consideración estos factores teniendo en cuenta que en esta dolencia las variables cognitivos-comportamentales y los modelos de aprendizaje son decisivos en su aparición.¹

¹ Alfredo Rodríguez Rojas, Adherencia Terapéutica en pacientes portadores de Diabetes Mellitus. 2010. Trabajo de tesis para la obtención del título de Magister en Psicología Médica



4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio Descriptivo, en el que se combinaron el análisis cuantitativo de los resultados y valoraciones cualitativas de la información obtenida a partir de los instrumentos de recogida de datos utilizados. Desde esta perspectiva, se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal tomando como unidades de análisis personas con hipertensión arterial, de edades entre los 45 y 65 años de edad, de ambos sexos, en el período comprendido de enero a junio del 2013.

4.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio lo constituyen 20 médicos entre especialistas y médicos generales del Hospital “Manuel Ygnacio Montero” seleccionados mediante un muestreo simple aleatorio. Y por otra parte 30 pacientes del mencionado hospital que asistieron a consulta externa.

- Criterios de Inclusión para pacientes:

1. *Pacientes con diagnóstico confirmado de Hipertensión arterial.*
2. *Nivel de escolaridad:* En aras de garantizar la comprensión por parte de los pacientes de las técnicas a utilizar, se estableció como nivel mínimo de educación básica. (7mo año de educación básica)
3. *Consentimiento informado.*

Criterios de Exclusión para pacientes:

1. *Pacientes con diagnóstico de otras enfermedades crónicas degenerativas.*
2. *Pacientes con complicaciones propias de la hipertensión (ACV, insuficiencia renal crónica, etc.).*
3. *Pacientes que no firmen el consentimiento informado bajo.*



- Criterios de Inclusión para médicos:

- Médicos graduados en medicina general y en las especialidades de medicina interna, cardiología, urólogo, médicos de UCI que laboran en el hospital, en consulta externa.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los factores psicosociales en estudio son:

- Creencias del paciente
- Actitudes del paciente
- Locus de control
- Estilos de afrontamiento
- Apoyo social
- Relación médico-paciente

Para analizar criterios de profesionales médicos se aplicó el Cuestionario sobre atribuciones causales (Véase Anexo 2), conformada por 15 ítems para indagar las creencias sobre las causas que consideran los médicos sobre la falta de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos. Este instrumento es tomado de un estudio que se desarrolló en el Municipio de Rodas, (Provincia de Cienfuegos), de Cuba como parte del Programa de Enfermedades Crónicas, Subprograma de Hipertensión Arterial, dirigido por la Maestra Vivian Guerra.

Para precisar las causas psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica, se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Información general del paciente (Véase Anexo 4),
2. Cuestionario de Morisky-Green (Véase Anexo 5), este Test ha sido validado por Ferran y Vall en la población española. Es un cuestionario corto, de fácil aplicación, consta de cuatro preguntas y considera incumplidores a aquellos que contestan erradamente a dos o más de las interrogantes. Este test presenta una alta especificidad recogida en diversos estudios revisados con valor predictivo positivo.



3. Test de Batalla (Véase Anexo 6)

Batalla, elaboró este cuestionario con el objetivo de medir los conocimientos del paciente acerca de su enfermedad. Consta de tres preguntas. Si la respuesta es afirmativa en la pregunta 1 y 2 y cita al menos 2 órganos en la tercera interrogante, este test considera que el enfermo que tiene buenos conocimientos, realiza mejor el tratamiento.

4. Escala de autoevaluación de la adherencia al tratamiento (Véase Anexo 7), es una prueba de fácil aplicación está adaptada de la original que ha sido creada por la Dra. Mg. Vivian Guerra, del Programa de Enfermedades Crónicas, Subprograma de Hipertensión Arterial.

5. Cuestionario actitud frente a la enfermedad (Véase Anexo 8)

Este cuestionario fue confeccionado y aplicado por Carlos A. Cabrera en el trabajo de diploma “Estudio del cuadro interno de la enfermedad en pacientes que han sufrido infarto del miocardio”.

El cuestionario se estructura por esferas:

- I) Conocimiento de la enfermedad.
- II) Síntomas emocionales y vivenciales.
- III) Visión de la enfermedad.

Procedimiento: se le entrega el cuestionario al paciente para ser respondido, previa explicación, a manera de encuesta. Debe marcar con una (x) la respuesta que corresponda a su opinión admitiéndose en algunas esferas más de una respuesta. Posteriormente se realiza una entrevista retest para profundizar en aspectos de mayor importancia.

4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis cuantitativo de los datos se representa mediante tablas de frecuencia, además se utilizaron la media aritmética (promedio), y la mediana como medidas resumen de tendencia central y la amplitud o rango como medida de dispersión, para variables cuantitativas.



5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla N°1 Cuadro de profesionales

PROFESIONALES MEDICOS	N°	%
General	5	25 %
Especialista	15	75%
Total	20	100%

Fuente: Cuestionario sobre atribuciones causales, Anexo N° 2
Elaborado por: Lucia Iñiguez



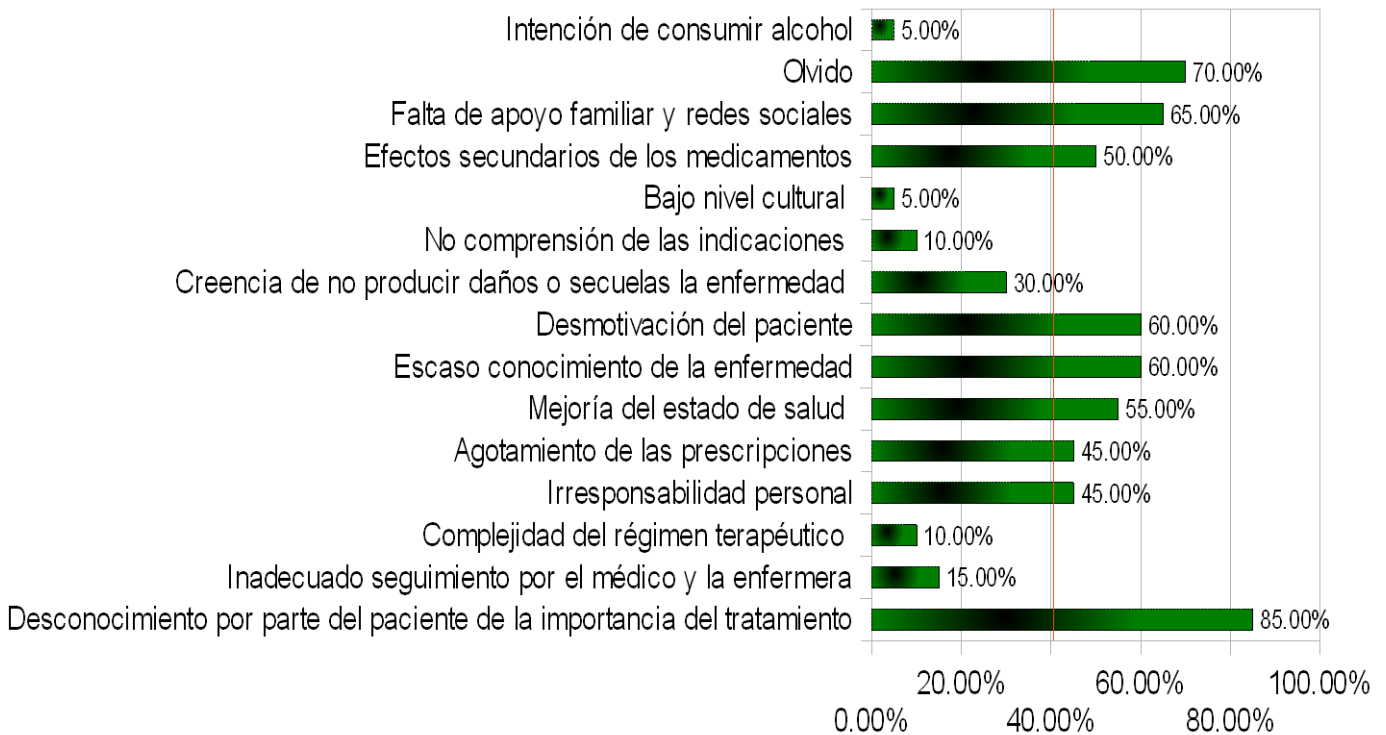
Tabla N° 2 Causas de la falta de adherencia terapéutica en la hipertensión arterial referidas por profesionales de la salud.

CAUSAS	N°	%
Desconocimiento por parte del paciente de la importancia del tratamiento	17	85%
Inadecuado seguimiento por el médico y la enfermera	3	15%
Complejidad del régimen terapéutico	2	10%
Irresponsabilidad personal	9	45%
Agotamiento de las prescripciones	9	45%
Mejoría del estado de salud	11	55%
Escaso conocimiento de la enfermedad	12	60%
Desmotivación del paciente	12	60%



Creencia de no producir daños o secuelas la enfermedad	6	30%
No comprensión de las indicaciones	2	10%
Bajo nivel cultural	1	5%
Efectos secundarios de los medicamentos	10	50%
Falta de apoyo familiar y redes sociales	13	65%
Olvido	14	70%
Intención de consumir alcohol	1	5%

Fuente: Cuestionario sobre atribuciones causales, Anexo N° 2
 Elaborado por: Lucia Iñiguez



Un desconocimiento de la importancia del tratamiento, es considerable para un 85% de los médicos que creen que es la principal causa para la falta de Adherencia terapéutica, seguido de un olvido -70%- y falta de apoyo de redes familiares y sociales en un 65%.



TABLA N° 3 Pacientes hipertensos Adherentes vs. No adherentes

PACIENTES	N°	%
ADHERENTES	9	30%
NO ADHERENTES	21	70%
TOTAL	30	100%

Fuente: Test de Morisky-Green, Anexo N° 5

Elaborado por: Lucia Iñiguez

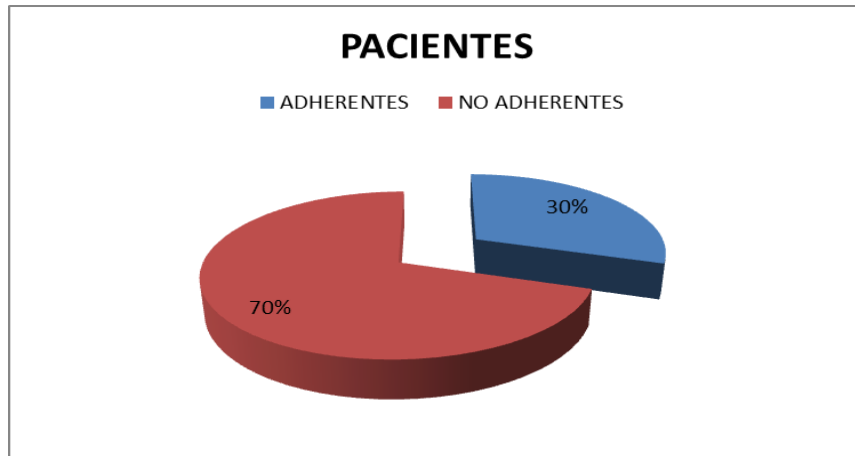


Tabla N° 4

MEDIA DE EDAD	54 AÑOS		SITUACION LABORAL		
HOMBRES	27	90%	Ama de casa	11	36.7%
MUJERES	3	10%	Empleados públicos	10	33.33%
TOTAL	30	100%	Empleados privado	3	10%
			Trabajo independiente	6	20%

Fuente: Anexo N° 4 Información obtenida antes de la entrevista

Elaborado por: Lucia Iñiguez

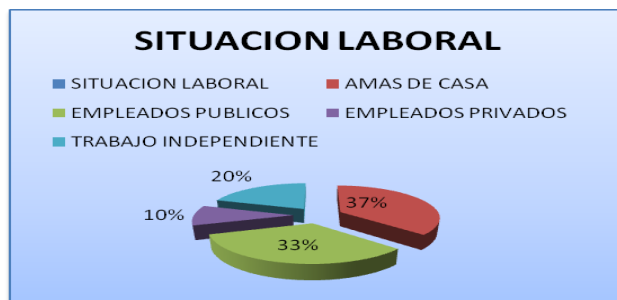
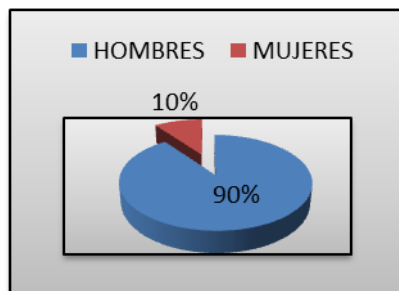




Tabla N° 5

ESTADO CIVIL		N°
CASADOS		20
VIUDOS		4
SOLTEROS		3
DIVORCIADOS/SEPARADOS		3
PROCEDENCIA %		
ZONA URBANA		60%
ZONA RURAL		40%

Fuente: Anexo N° 4 Información obtenida antes de la entrevista

Elaborado por: Lucia Iñiguez

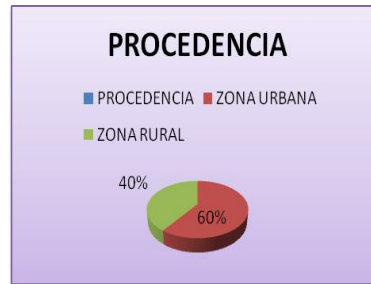


Tabla N°6

NUCLEO FAMILIAR

PADRE, MADRE, HIJOS	66,7%
VIVEN SOLOS	16,67%
VIVEN CON HIJOS	6,67%
FAMILIAS AMPLIADAS	10%

Fuente: Anexo N° 4 Información obtenida antes de la entrevista

Elaborado por: Lucia Iñiguez

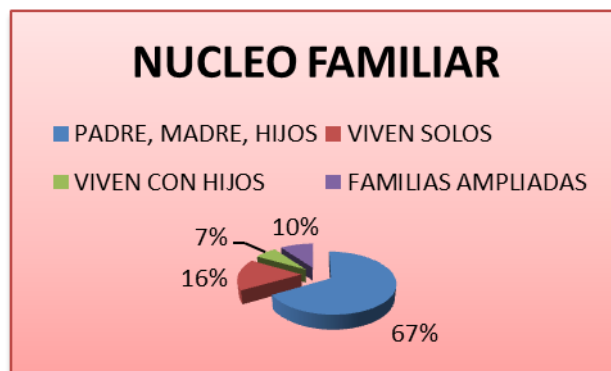




Tabla N° 7 Años de presencia de la enfermedad

Años	F	%
Menos de un año	1	3.33 %
1 a 5 años	2	6.67 %
5 a 10 años	5	16.67 %
10 a 15 años	3	10 %
15 a 20 años	17	56.67 %
Mas de 20 años	2	6.67 %
TOTAL	30	100 %

Fuente: Anexo N° 4 Información obtenida antes de la entrevista
Elaborado por: Lucia Iñiguez

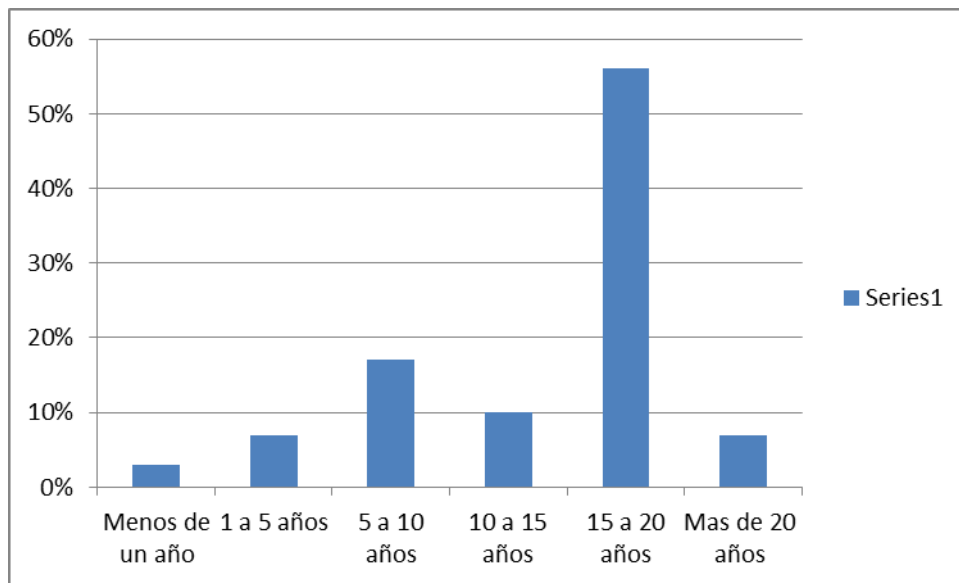


Tabla N° 8 Ingresos hospitalarios

	N°	%
Una vez al año	28	93%
Más de una vez al año	2	7%
No ha sido ingresado	0	0%
Total		100%

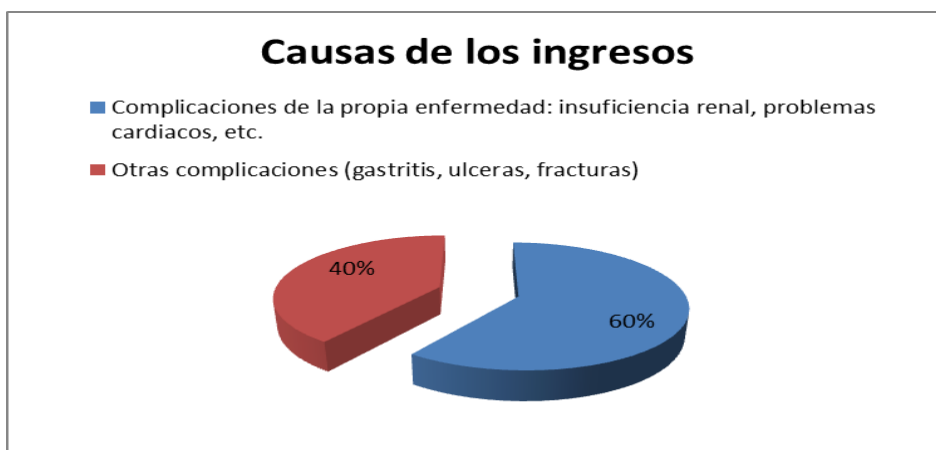
Fuente: Anexo N° 4 Información obtenida antes de la entrevista
Elaborado por: Lucia Iñiguez



Tabla N° 9 Causas del ingreso

	N°	%
Complicaciones de la propia enfermedad: insuficiencia renal, problemas cardiacos, etc.	18	60%
Otras complicaciones (gastritis, úlceras, fracturas)	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Anexo N° 4 Información obtenida antes de la entrevista
 Elaborado por: Lucia Iñiguez



Se encontró que dentro del rango de edad seleccionado para la muestra, la media total de edad presente para el grupo es de 54 años. Existe un predominio del sexo femenino, 27 mujeres contra 3 hombres. De los 30 pacientes, 10 personas poseen vínculo laboral en instituciones públicas, tres



en institución privada. Por otro lado 11 son mujeres amas de casa, y 6 trabajan de manera independiente en su negocio. Resalta también el estado civil de los 30 pacientes, 20 son de estado civil casado, 3 viudas y un viudo, tres solteras y tres separados o divorciados. Sin embargo de las personas casadas cabe resaltar que 5 son personas que viven separadas de su pareja por situación migratoria de su cónyuge e hijos. Al contrastar las personas con quienes conviven los investigados encontramos que existen diferencias en la composición de los miembros de cada grupo. En un 66,7% de los casos predomina la composición de un núcleo familiar compuesto por la pareja o pareja e hijos; del restante 33,33%, 5 personas viven solas (16,67%) por razones de viudez, migración y abandono de sus familiares, dos con sus hijos pues su cónyuge falleció (6,67%), y 3 pacientes tienen familias ampliadas (por divorcios de ambos) 10%.

La procedencia en general de los pacientes es 60% del sector urbana y 40% del sector rural, provenientes de los cantones Calvas, Macará, Gonzanamá y Loja. El mayor tiempo de permanencia en el barrio donde habita actualmente supera los 10 años.

Los años vividos con la enfermedad según la media son entre 15 y 20 años. El número de ingresos causados por crisis hipertensivas en el último año es de una vez al año, en un 40% de los ingresos hospitalarios se han dado por otras causas a la enfermedad y un 60% de dichos ingresos por complicaciones de la propia enfermedad.

Tabla N° 10 TEST DE BATALLA

Conocimiento de la enfermedad	F	%
Conoce bien sobre su enfermedad	6	20%



Conoce de manera general	12	40%
Desconoce	12	40%
Total	30	100

FUENTE: Test Batalla- Anexo N° 6
 Elaboración: Lucía Iñiguez

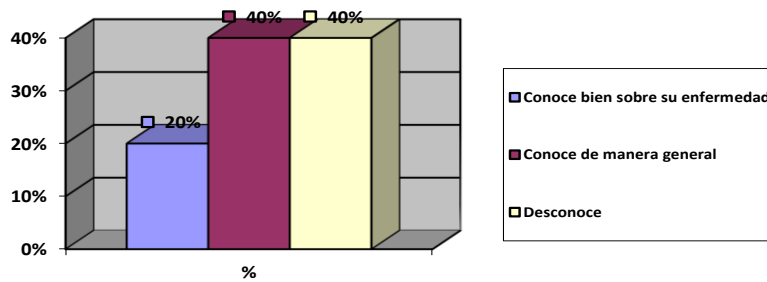
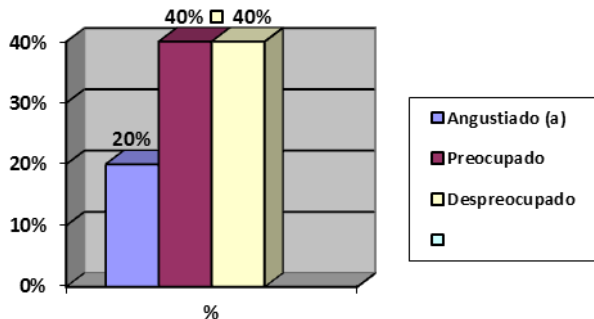


Tabla N° 11 Actitud del paciente frente a la enfermedad:

Actitud	F	%
Angustiado (a)	6	20%
Preocupado	12	40%
Despreocupado	12	40%
Total	30	100

FUENTE: Cuestionario de actitud frente a la enfermedad - Anexo N° 8
 Elaboración: Lucía Iñiguez



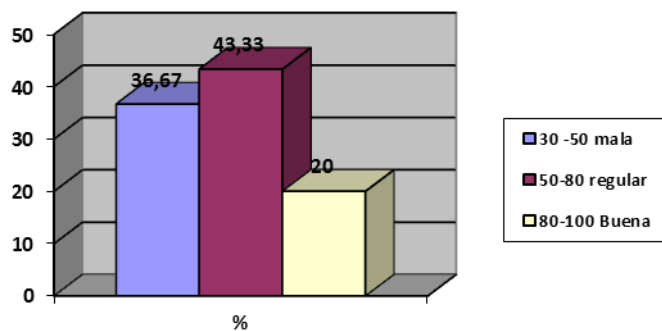
Para un 40% de pacientes casi nunca se sienten preocupados por su enfermedad, frente a un 20 % que les preocupa en un nivel de angustia.



Tabla N° 12 Conducta para seguir el tratamiento

Escala	N°	%
30 -50 mala	11	36,67%
50-80 regular	13	43,33%
80-100 Buena	6	20%
Total	30	100%

FUENTE: Escala de autoevaluación de la adherencia al tratamiento- Anexo N° 7
Elaboración: Lucia Iñiguez

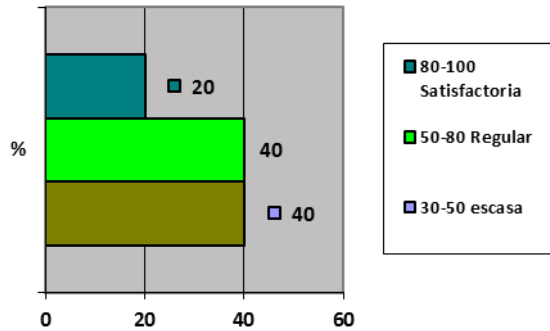


Con esta escala se determinó que el 43.37% de los pacientes (Escala de 50-80) se siente medianamente seguro de seguir el tratamiento según como lo ha prescrito su médico, frente a un 16.67% (Escala entre 90 y 100) que tienen confianza y seguridad en sí mismo para seguir el proceso terapéutico.

Tabla N° 13 Escala de confianza para adherirse al tratamiento

Escala del 0 al 100	N°	%
30-50 Escasa	12	40%
50-80 Regular	12	40%
80-100 Satisfactoria	6	20%
Total	30	100

FUENTE: Escala de autoevaluación de la adherencia al tratamiento- Anexo N° 7
Elaboración: Lucia Iñiguez



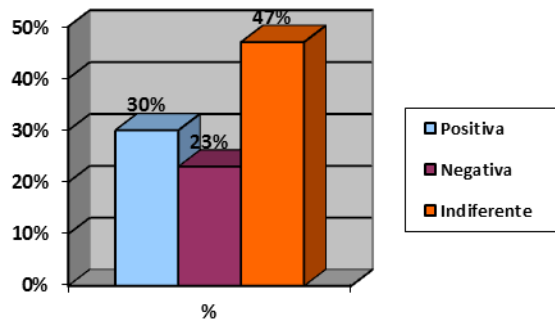
Esta tabla recoge que el 40% confía medianamente en sí mismo en la constancia personal para seguir el tratamiento durante toda su vida, frente a un 20% que confía muy seguramente en sujetarse al tratamiento de su enfermedad.

Con ello es importante hacer un análisis de lo que son las actitudes del paciente frente a la enfermedad, pues éstas no se transforman tan fácilmente y esto se explica por el proceso de selectividad perceptual, donde tendemos a percibir lo que está en consonancia con nuestras características educativas, personales, y el proceso de retirada, donde el individuo tiende a quedarse y no participar de aquellas situaciones que para él tienen un significado desagradable o doloroso. En este sentido consideramos al prejuicio como el anquilosamiento de la actitud. Tanto el prejuicio como la actitud son diversos en el campo de la salud y estos pueden favorecer o entorpecer el proceso de adherencia.

Tabla N° 14 Representación mental de la enfermedad

	N°	%
Positiva	9	30%
Negativa	7	23%
Indiferente	14	47%
Total	30	100%

FUENTE: Cuestionario de actitud frente a la enfermedad - Anexo N° 8
Elaboración: Lucia Iñiguez

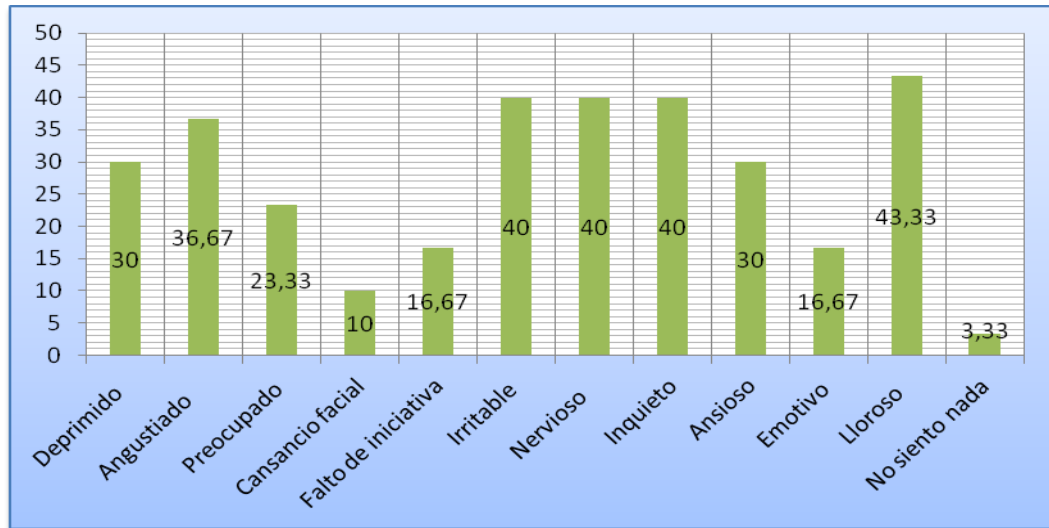


Para los pacientes hipertensos un 30% tienen una visión positiva de la enfermedad, un 23% tienen una representación negativa y para un 47% de la población en estudio la consideran indiferente.

Tabla N° 15 Emociones del paciente ante la enfermedad:

	F	%
Deprimido	9	30%
Angustiado	11	36,67%
Preocupado	7	23,33%
Cansancio facial	3	10%
Falto de iniciativa	5	16,67%
Irritable	12	40%
Nervioso	12	40%
Inquieto	12	40%
Ansioso	9	30%
Emotivo	5	16,67%
Lloroso	13	43,33%
No siento nada	1	3,33%

FUENTE: Cuestionario de actitud frente a la enfermedad - Anexo N° 8
Elaboración: Lucía Iñiguez



Los pacientes una vez conocido su diagnóstico y al conocer qué es una enfermedad con complicaciones, de data duración han reaccionan de manera más frecuente con llanto en un 43.33%, irritabilidad en 40% y angustiados en un 36,67% de los casos.

Tabla N° 16 Conflictos psicológicos, emocionales, afectivos

	N°	%
Stress	11	36,67%
Traumas	2	6,67%
Disgustos	9	30%
Ansiedad	3	10%
Muerte	5	16,67%
Otros	0	0%
Total	30	100%

FUENTE: Cuestionario de actitud frente a la enfermedad - Anexo N° 8
Elaboración: Lucía Iñiguez



De los 30 pacientes encuestados, el 36,67% considera que es el estrés el factor social más alto que incide negativamente en su hipertensión, seguido de un 30% de los disgustos.

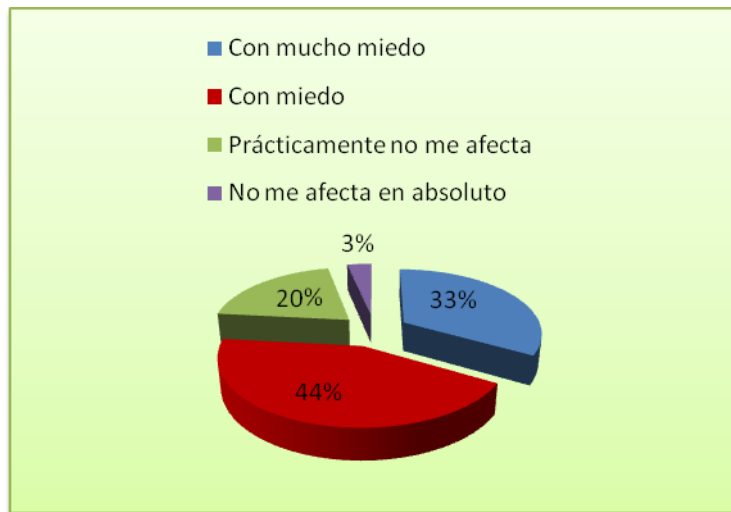
Con estas tablas vemos que el Locus de Control es una variable que expresa la presencia de emociones que el sujeto asume por lo que le acontece, puede ser interno o externo según la responsabilidad sea depositada en el propio paciente o fuera de él, como el estrés y las crisis ante su enfermedad.

Tabla N° 17 Formas de experimentar las emociones

	N°	%
Con mucho miedo	10	33,33%
Con miedo	13	43,33%
No le afecta	6	20 %
No le afecta en absoluto	1	3,33 %
Total	30	100%

FUENTE: **Cuestionario de actitud frente a la enfermedad** - Anexo N° 8

Elaboración: Lucia Iniguez



En relación a los estilos de afrontamiento esta tabla muestra que los sujetos experimentan miedo en un 43,33%, seguido de mucho miedo en un 33,33 de los casos la crisis de su enfermedad, 20% no se siente afectado y solo un 3% no le afecta en lo absoluto.

Tabla N°18 Estilos de afrontamiento

	N°	%
Pesimista	4	13,33%
Optimista	5	16,67%
Insatisfecho	7	23,33%
Sin preocupaciones excesivas	6	20%
No le preocupan los problemas	5	16,67%
Reservado	3	10%
Total	30	100%

FUENTE: **Cuestionario de actitud frente a la enfermedad** - Anexo N° 8
 Elaboración: Lucia Iñiguez

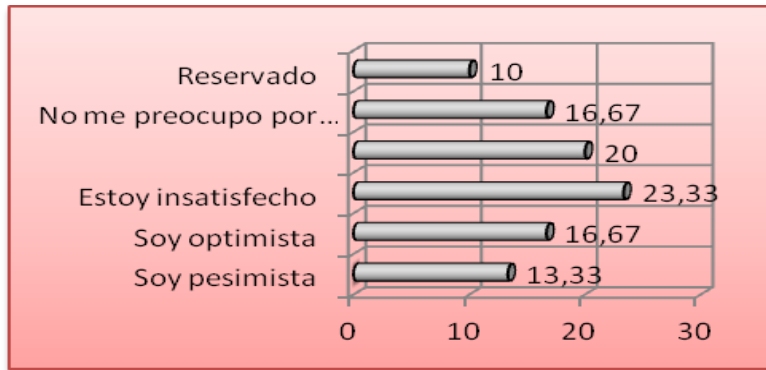
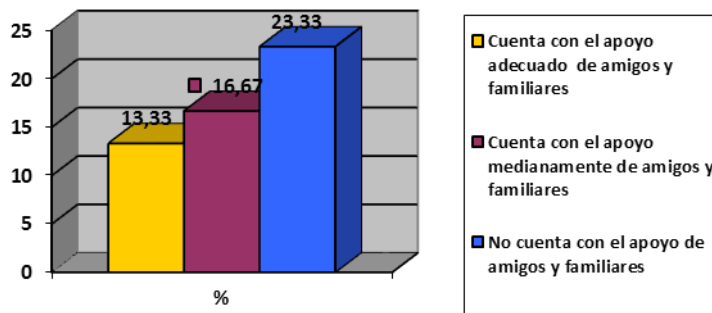


Tabla N° 19 Apoyo de amigos y familiares:

	N°	%
Cuenta con el apoyo adecuado de amigos y familiares	9	13,33%
Cuenta con el apoyo medianamente de amigos y familiares	6	16,67%
No cuenta con el apoyo de amigos y familiares	15	23,33%
Total	30	100%

FUENTE: **Cuestionario de actitud frente a la enfermedad** - Anexo N° 8

Elaboración: Lucia Iñiguez



La red de amigos y familiares según los 30 pacientes investigados y por tanto su apoyo, comprensión y adecuada intervención en la adherencia terapéutica del paciente es débil, el 50% de los pacientes no cuenta con una red de apoyo sólida y eficaz ante la enfermedad. Solo un 30% de sus amigos y familiares se interesan por el bienestar, el tratamiento y la calidad de vida del paciente hipertenso.



Tabla N° 20 Relación médico paciente:

	N°	%
Excelente	2	6.67 %
Muy buena	6	20%
Buena	15	50%
Regular	7	23.3%3
Mala	0	0%
Total	30	100%

FUENTE: Cuestionario de actitud frente a la enfermedad - Anexo N° 8
Elaboración: la investigadora

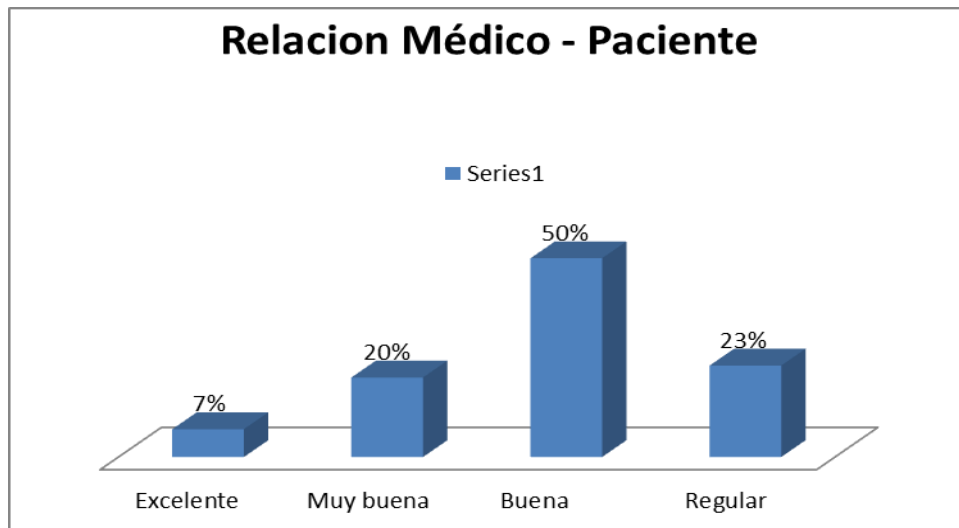
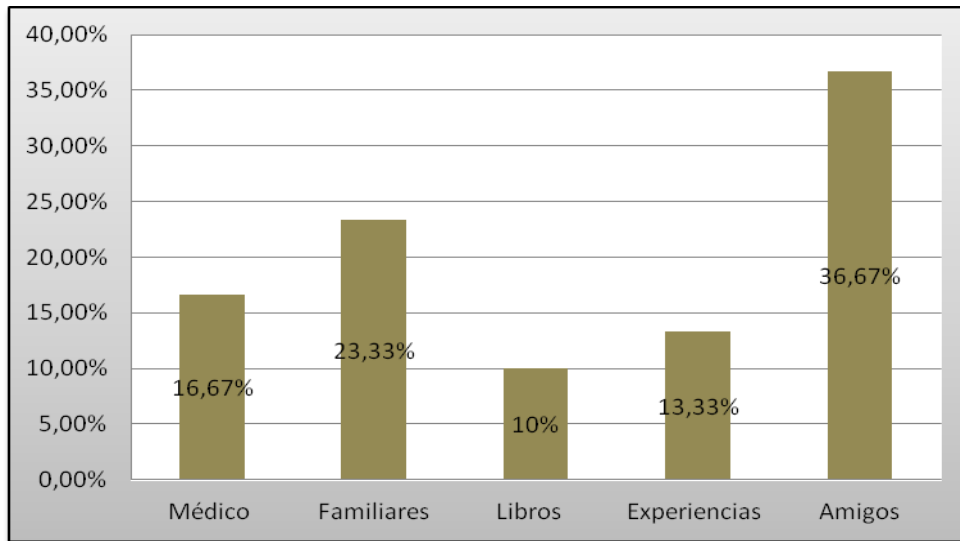


Tabla N° 21 Información que recibe de su enfermedad

FUENTE	N°	%
Medico	5	16,67%
Familiares	7	23,33%
Libros	3	10%
Experiencias	4	13,33%
Amigos	11	36,67%
Total	30	100%

FUENTE: Cuestionario de actitud frente a la enfermedad - Anexo N° 8
Elaboración: la investigadora



La información que reciben de su enfermedad en un 36,67% recibe de amistades, antes que del personal médico o información de libros o fuentes científicas. Esto refleja también una relación médico-paciente marcada únicamente por la atención médica, sin enfoque en el paciente como ente principal para la adherencia.

Esta información ayuda a establecer que uno de los factores más importantes para la marcha del proceso terapéutico y sus resultados están en el tipo de relación que se establece entre el paciente y el médico.



6. DISCUSION DE RESULTADOS

En la población hipertensa se encontró que dentro del rango de edad seleccionado para la muestra, la media total de edad presente para el grupo es de 54 años. La procedencia en general de los pacientes es 60 % del sector urbana y 40% del sector rural. La situación económica en general es medianamente favorable, un 13,33% en situación económica alta. Esto se puede relacionar con un estudio, que se realizó a 10000 personas en Quito, Guayaquil y Cuenca, demostró que la presión arterial alta está ligada en un gran porcentaje a la pobreza.

Según la literatura universal la hipertensión se presenta con más frecuencia en los hombres. No obstante, en este estudio predominan las mujeres que padecen más el problema.

Al contrastar las personas con quienes conviven los investigados se encontró que existen diferencias en la composición de los miembros de cada grupo. En un 66,7% de los casos predomina la composición de un núcleo familiar (pareja e hijos); el 16,67% viven solas por razones de viudez, migración y abandono de sus familiares, (67%), y el 10% tienen familias ampliadas (por divorcios de ambos). Estos factores psicosociales están relacionados con la falta de adherencia terapéutica.

Los años vividos con la enfermedad según la media son entre 15 y 20 años. El número de ingresos causados por crisis hipertensivas en el último año es de una vez al año, en un 40% de los ingresos hospitalarios se han dado por otras causas a la enfermedad y por complicaciones de la propia enfermedad.

Es importante destacar que de los factores psicosociales en estudio como las creencias del paciente, el conocimiento sobre la enfermedad, (diagnóstico, evolución, pronóstico, cuidados, tratamiento, etc.) son de carácter débil, es decir no poseen niveles relevantes de información sobre su



enfermedad. Hay seis pacientes con un conocimiento más profundo que representa el 20%. Todos los pacientes aseguran ser hipertensos pero desconocen qué tipo de hipertensión presentan y los cuidados de su enfermedad. Valoran erróneamente que es una enfermedad “curable con recaídas” o “curable del todo”. Poseen la creencia de que como es una patología donde las emociones inciden en sus casos su hipertensión arterial la consideran “emotiva”; lo cual la reviste de una connotación menos dañina y que por lo tanto señalan que “no es de las malas”, “se puede curar” y no dejar secuelas. No en todos los casos saben qué órganos pudieran afectarse por tener la tensión elevada, excepto los casos de pacientes que según el test de Batalla y Morisky son cumplidores del tratamiento.

La lectura del test de Batalla dio como resultado que el 40% no tienen un conocimiento profundo del padecimiento de hipertensión arterial, en todos éstos pacientes coincide el desconocimiento total de cuáles son los órganos afectados con el tiempo al tener este tipo de enfermedad. Un 40% de personas conocen de manera general detalles sobre su enfermedad “algo para toda la vida”, y que ayuda poco o nada de ingesta de sal, pero desconoce qué órganos se pueden afectar con el tiempo. El 20% conocen con más detalle de su enfermedad, están conscientes de su papel como principales actores del control, por señalar al responder una de las interrogantes no se limitan sólo a afirmar, sino que agregan otros aspectos del tratamiento que tienen que ver con el autocuidado, refiriendo en sus propias palabras: “cuidarse en la alimentación basada en vegetales, totalmente como sin sal y grasas trans..”, “caminar o hacer ejercicio, camino 30 minutos al día” “no faltar al médico cuando hay control”, y “...me tomó la presión todos los días” “...trato que los problemas de la vida no me afecten en mi control a la presión, ella y yo somos un equipo de trabajo...”. Además conocen a más de un órgano que se pueden afectar por influencia de la enfermedad como los riñones, el corazón, los vasos sanguíneos y finalmente mencionan la posibilidad de sufrir un accidente cerebro vascular (derrame cerebral, parálisis facial, quedar como un vegetal). Lo cual denota que esta



cifra de pacientes considera que el control de la hipertensión arterial reposa en gran medida en la propia responsabilidad del enfermo, consideración que coincide con el llamado de muchos profesionales médicos donde se insta a considerar al paciente como el miembro “de lujo” más importante del equipo de trabajo en el tratamiento.

El paciente sabe que es una enfermedad que se puede controlar con dieta o medicación pero desconocen en profundidad en qué consiste esto. Se evidencia que no son capaces de estructurar el significado de ser pacientes hipertensos y las consecuencias del incumplimiento terapéutico. Poseen una información inadecuada sobre las características de su tratamiento; con relación al tiempo de su ingesta, los efectos secundarios y qué hacer ante ellos, etc.

Así en este estudio podemos coincidir con [Bandura, 1982](#); [Taylor, Peplau y Sears, 1994](#) que existen cinco grupos de creencias principales al respecto: el primer grupo se relaciona con las creencias generales o *motivación para la salud*, el segundo grupo se vincula con la *severidad percibida* en cuanto a las posibles consecuencias de una enfermedad, le siguen las creencias relacionadas con la *vulnerabilidad percibida*, esto es la percepción que tienen los sujetos de ser menos o más vulnerables a la enfermedad, el cuarto grupo se corresponde con la *autoeficacia percibida*, se trata de las expectativas que tenemos en cuanto a nuestra capacidad para enfrentar y modificar la amenaza a partir de la ejecución de las acciones correspondientes y por último tenemos las creencias que se relacionan con el beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento, esto es la *utilidad percibida*.

[Leventhal](#) y sus colaboradores en 1980 encontraron que la concordancia entre el modelo de representación mental que el sujeto tiene sobre su trastorno y las instrucciones que se le proporcionan, puede ayudar a explicar el nivel de adherencia; a mayor correspondencia mayor adherencia.



Los factores socio culturales y en particular los relacionados con el conocimiento de su enfermedad, juegan un rol central en las creencias, las actitudes y las representaciones de los sujetos, así el modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad, brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de su responsabilidad en la misma, y también de la interpretación de los síntomas, de su curso, y de su posible solución. Aunque a veces esas representaciones o percepciones no son las más adecuadas o tienden a ser muy duras y no ayudan para una buena salud mental.

La vivenciación de emociones negativas con relación a su enfermedad denota como ésta a veces puede llevar al sufrimiento psicológico del paciente, prevalece una representación mental negativa, de mucha irritabilidad, de rechazo, con expectativas poco realistas. Para algunos es asumida como una patología que en mayor o menor medida su estilo de vida. Otros asocian la enfermedad con limitaciones y futuro imprevisible, sobre todo si en edad más avanzada terminaría dando mucho trabajo a sus familias y siendo una persona que nada se pueda valer por sí misma.

Se constató que los pacientes señalan diferentes fuentes de adquisición de la información que poseen sobre su enfermedad y tratamiento. Aluden obtenerla de médicos, familiares, amigos y libros. Es necesario destacar que en relación a esto perciben en la figura del médico la principal fuente de donde proviene dicha información, independientemente a nuestro juicio, sea esta adecuada o no, real o no, total o parcial. Se desprende pues que es del médico de quien el paciente desea y espera obtener la información relevante sobre su padecimiento y de quien desea escuchar esperanzas realistas sobre este. Con independencia de las características del paciente y sin negar la influencia que estas pueden ejercer sobre la marcha del proceso y de la relación, las actitudes del galeno son cardinales. Para que un paciente siga las instrucciones de su médico, tiene que percibirlo como una persona competente, confiable y empática. La competencia estaría dada por el nivel



de preparación y la reputación del profesional, la confiabilidad, por la seguridad que muestre, la pertinencia y claridad de los criterios y sugerencias que emita, pero sobre todo después de escuchar a los 30 pacientes es la empatía, el buen trato y el interés con pequeños detalles que demuestre el facultativo por ayudar y comprender a su paciente.

La salud cada día se hace más integral y tiene dentro de sus conceptos importantes el de bienestar psicosocial y espiritual, la psicología también se ha nutrido de toda una serie de conceptos que la hacen cada vez más multidisciplinaria. De ahí que hoy se haga especial énfasis en los factores psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad dado el papel importante que desempeña el hombre en interacción con su medio. Para una mejor comprensión de esto (específicamente en nuestra investigación) el estudio del afrontamiento y el apoyo social es también de un valor incuestionable.²

Las redes de apoyo social son un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes que desempeñan una función notable en el mantenimiento de la integridad psicológica y física del individuo en el transcurso del tiempo en el caso de adquirir enfermedades con tratamientos prolongados. Los diferentes elementos del sistema de apoyo social pueden ser espontáneos, es decir no organizados en forma planificada por alguien interesado en estimular la salud del individuo y de las respuestas biopsisociales naturales de los individuos, de su comunidad, o a partir de los valores, las tradiciones de su cultura y sociedad.” (Citado por Nuñez, 2001)

Otro de los factores estudiados es los estilos de afrontamiento, y se coincide con el estudio de Lazarus y Folkman, 1986. Afrontar no significa dominar ni

² 1997, se celebraba bajo los auspicios de la OMS, la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en donde se aprobó la Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI, donde se dio este concepto de educación para la salud. Glosario Promoción de la Salud- publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo).



tampoco fracasar en la búsqueda de estrategias para lograr un resultado determinado ante una situación. Afrontamiento no es dominio del entorno, los diferentes tipos no son ni buenos ni malos, ni eficaces para una situación u otra en otro momento, el que una persona utilice unas formas no quiere decir que actúe mejor, solo controla la situación de una forma diferente.

Es importante mencionar la importancia del sistema de atención primaria que debe ser prioridad a desarrollarse en Ecuador, que sus médicos y demás profesionales de la salud, se conviertan en expertos e importantes miembros de la red de apoyo de estos pacientes. Estos profesionales en sentido general deben ser percibidos como fuente de apoyo tanto instrumental al brindar atención ante una dificultad de salud surgida; como emocional al propiciar afecto, donde en dependencia de la manera de interactuar del profesional de la salud con el paciente y su familia pueden mejorar o agravar el proceso de la enfermedad.

Siguiendo esta línea de pensamiento se ha abordado en la investigación que uno de los factores más importantes para la marcha del proceso terapéutico y sus resultados lo constituye el tipo de relación que se establece entre el paciente y los profesionales de la salud con los que interactúa.

Para reforzar esta investigación se tomó como guía dos tesis realizadas en esta área, cabe indicar que en el país no se encontró estudios similares realizados. La primera tesis es de los autores [Yadmila La Rosa Matos, Libertad Martín Alfonso y Héctor Bayarre](#), del 30 de junio de 2006 y aprobada: 6 de septiembre de 2006.³ En este estudio descriptivo, de corte

³ Lic. *Yadmila La Rosa Matos*. Policlínico Docente de Jiguaní, Granma, Cuba.

[1Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesora Instructora del Policlínico Docente de Jiguaní, Granma.](#)

[2Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesora Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública.](#)

[3Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Titular. Doctor en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública.](#)



transversal se describen los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica, en una muestra de 263 pacientes hipertensos distribuidos en 13 consultorios del Médico de Familia del Policlínico Docente “Edor de los Reyes Martínez”, en el Consejo Popular Sur, del área urbana del municipio Jiguaní, provincia Granma de Cuba.

La segunda tesis que dio orientaciones claves para la investigación es de la Lic. Yamila Ramos Rangel, “Acciones para lograr una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial”. Quién señala “el incumplimiento terapéutico es un tema de gran trascendencia y especial importancia en la práctica médica habitual. Puede considerarse uno de los mayores problemas en la práctica clínica y sobre todo en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial esencial. La importancia de alcanzar un cumplimiento o adherencia terapéutica óptima proviene, principalmente, de las fatales consecuencias que pueden aparecer por falta del mismo. La hipertensión arterial es un padecimiento frecuente que constituye uno de los principales problemas socio-sanitarios a nivel mundial y Cuba no está exenta de ello” Con su trabajo ella pretendió identificar los principales núcleos básicos que permitan la integración de acciones para lograr una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial. El punto de partida para este accionar está sustentado por un abordaje que se apoya en cinco núcleos básicos: el paciente, los especialistas que le asisten, la familia, la estructura asistencial y la comunidad, así como, el empleo de estrategias de tipo informativo o educativo, de apoyo y supervisión y de intervención sanitaria facilitadora del cumplimiento.

Por tanto el presente estudio en el campo de la salud mental, específicamente en adherencia terapéutica, fue y seguirá siendo un tema con abordaje desde lo multidimensionalidad y multicausal. Las causas?, pues se evidenciaron en el estudio varias y diversas, por eso que me atrevo



a llamar a la falta de adherencia terapéutica de la hipertensión multidimensional y multicausal. Aunque las causas con mayor incidencia entre quienes participaron en el estudio es la falta de información, conocimiento y técnicas de comunicación asertivas entre médico y paciente en relación a la enfermedad, tratamiento, efectos secundarios del medicamento, efectos a corto y largo plazo de la misma enfermedad, entre otros, no se puede generalizar. ¿El por qué?, pues igual que en la anterior pregunta, ésta también tiene posibles respuestas, algunos de ellos sencillamente al haber remitido la sintomatología dejan el tratamiento, otros porque no acuden a las revisiones periódicas para reajustar pautas en el Hospital y lo abandonan directamente, otros por una falta de comprensión en la prescripción del tratamiento, lo que en ocasiones les lleva a errores en la toma del fármaco y/o a efectos secundarios no deseables, lo cual hace que también se produzca un abandono del tratamiento. Otro factor importante es la información de otras fuentes que asusta o incomoda al paciente haciéndolo dejar el tratamiento. Pero hay una falencia importante en el procedimiento del médico, no aplica técnicas psicológicas para atender a su paciente, debido a varios factores que se convertiría en otro estudio del campo de la salud mental.



7. CONCLUSIONES

Del presente estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1. Se determinó que el 70% de los pacientes son No adherentes al tratamiento, donde el desconocimiento de la enfermedad está presente en un 40%. Se constata que no poseen niveles relevantes de información acerca de su enfermedad y tratamiento.
2. Los criterios de los profesionales de la salud en un 85% aseguran que es el desconocimiento de la importancia al tratamiento y la falta de redes de apoyo familiar y social.
3. Los factores psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica encontrados en este estudio son: el desconocimiento de la importancia del tratamiento, las actitudes ante la enfermedad, la representación mental sobre el padecimiento, creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento médico, los modos de afrontamientos al tratamiento, la falta de apoyo familiar y social y una inadecuada relación entre médico-paciente.
4. Los aspectos relacionados con el entorno familiar y social ejercen una influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento, demostrando que hay una alta incidencia de pacientes hipertensos con no adherencia al tratamiento debido a estos factores psicosociales.
5. La investigación permitió la comprensión de la realidad afectiva y contextual vivenciada por los pacientes con hipertensión arterial que



tienen dificultad en cumplir las prescripciones recomendadas en su relación con los profesionales de la salud.

6. La falta de adherencia terapéutica encontrada entre los pacientes refuerzan la necesidad de la participación activa de los pacientes con hipertensión arterial en el tratamiento tanto en lo intelectual como el área afectiva y el desarrollo de un abordaje holístico, personalizado donde la interacción consensuada con y entre los profesionales tratantes sea indispensable a partir de un enfoque multidisciplinario sistémico y dinámico.

7. Se propone un programa dirigido a profesionales de la salud sobre estrategias y herramientas psicoeducativas para incentivar al paciente a la adhesión al tratamiento, así como para los pacientes para que puedan conocer, informarse, manejar estilos de vida adecuados, desarrollar capacidades y destrezas desde el contexto psicosocial para incrementar y mejorar y asumir que adherencia terapéutica ayudaría a conllevar cada día mejor su enfermedad. Así como una guía para familiares quienes son clave esencial en el proceso de adherencia terapéutica.



8. RECOMENDACIONES

- ✓ Para alcanzar una adecuada adherencia a través de la Educación para la Salud en el cuidado al hipertenso, es necesario que el personal de salud tome en consideración las habilidades y actitudes de cada paciente, el nivel cultural y los conocimientos que estos poseen sobre su enfermedad; así como la forma en que cada persona construye su propia manera de ver y entender la enfermedad, y cómo se relaciona ésta con su vida cotidiana visto desde la dimensión biopsicosocial del cuidado a la salud, donde el acto de educar permita la transformación de conductas insanas en generadoras de salud.

- ✓ La labor de atención del personal de salud dirigida al paciente hipertenso debe ser sustentado la atención a estos pacientes desde una perspectiva sistémica, en la cual se articula el cuidado, la Educación para la Salud y del seguimiento y control de los casos. En tal sentido, la educación del paciente se convierte en un acto terapéutico, donde lo importante no es “educación para el tratamiento” sino “educación como tratamiento” que se compone de un conjunto de actividades coordinadas hacia la construcción de saberes, habilidades y estrategias de anticipación y solución de problemas que deben traducirse en el desarrollo de capacidades para tomar decisiones adecuadas y asumir comportamientos que concilien sus valores y prioridades con los requerimientos terapéuticos, minimizando en el paciente la dependencia de la enfermedad y de los servicios de salud.

- ✓ El cuidado biopsicosocial al hipertenso en la comunidad debe ser enfocado hacia: a) una educación dirigida al perfeccionamiento de su propio autocuidado y al desarrollo de conductas generadoras de salud, b) al mantenimiento de las cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg, c) a la prevención de la aparición de complicaciones,



d) realización de visitas de control periódicas al hogar del paciente, según estado de salud del mismo y estadio de su enfermedad.

- ✓ Actualizar y entrenar a los profesionales de la salud en el manejo y tratamiento de la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial desde un enfoque biopsicosocial concediendo a los factores de esta índole una importancia similar en la salud y enfermedad a la de los factores biomédicos.

- ✓ Implementar y someter a proceso de validación las acciones recomendadas para perfeccionar la atención integral a los pacientes del estudio a partir del trabajo en equipos multidisciplinarios donde se integra el psicólogo y un profesional de la salud mental.

- ✓ Colaboración de los profesionales de la salud, pues se altera el ritmo normal de la consulta, debido muchas veces a la sobresaturación de los servicios sanitarios.



9. BIBLIOGRAFIA

1. Adherencia, transdisciplina y Psicoanálisis (2002) en línea <http://google.com/search?q=adherencia>
2. Amigo I y Herrera I (1994) La hipertensión de bata blanca. Medicina Clínica. 102 (2), 64-66.
3. Álvarez, R (2001) Temas de Medicina General Integral. Volumen II. Principales afecciones del individuo en los contextos familiares y sociales. En Castañer, IF y Céspedes, LA. Afecciones Cardiacas más frecuentes (p 517-609) Cuba. Ciencias Médicas.
4. Aumentarla adherencia tendría más impacto que los avances en terapias (2003) en línea <http://www.mvalvanera@recoletos.es> (consultado 22 de marzo de 2013)
5. Barrientos, G (2001) Epidemiología y Psiquiatría. En Psiquiatría Social y Comunitaria. Santo Domingo. Editora Búho (p111-148)
6. Cabrera Rojo, I. (1996) Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Rev. Cub. Cardiol Cir. Cardiovas. 10, 15-20.
7. Calviño, M; (2002). Análisis Dinámico del comportamiento. La Habana: Félix Varela (Orig. 2001)
8. Calvo Francés, F. et. al (2001) Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos Hipertensos y Normatensos. Ansiedad y Estrés. 7 (2-3), 203-213.
9. Casals, A. (2001). Estrés. En Psicología y Salud. Ciudad de La Habana. ECIMED. P 271-277.
10. Castañer, JF y Céspedes, LA (2001) Afecciones cardiacas más frecuentes. Cuba Ciencias Médicas.
11. Cea – Ugarte, JI, Brozal Raposo, JI y González-Pinto Arrillago, A (2001) Estrategias de afrontamiento e hipertensión. Esencial. Revista Electrónica de Motivación y Emoción 4(7).
12. Coca, A (1998) Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados de estudio controlpes 98. Hipertensión; 15(8); 298-307.
13. Colectivo, A. (2002) Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. 19 (3).



14. Counin, G; Borges, J; Batista, R y Feal, P (2001). El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. Revista Cubana de Medicina, 2.
15. Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud: (2000) en línea ><http://www.salud y experiencia .com>
16. Dotres Martínez, C; Pérez González, R; Córdova Vargas, L; Sortín Peña, M; Londrove, O y Macías Castro, I (1998). Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública.
17. Espinosa, LJ (2004) Valor de la prueba de peso sostenida en la predicción de la hipertensión arterial en la comunidad / Mikhail Benet Rodríguez: Tutor, Juan J Aponillaire Pennine: asesor, trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en MGI. Policlínico Docente Municipio Rodas, Cuba.
18. Febles M y Canfux, V (2001) La concepción histórico-cultural del desarrollo. Leyes y principios. En Leyda Cruz. Psicología del desarrollo. Selección de lecturas (pp 9-16) La Habana: Editorial Universitaria.
19. Fernández – Abascal, EG (1993) Hipertensión. Intervención Psicológica. Madrid. Eudema Psicológica Salud.
20. Fernández, L (2003) Pensando en la personalidad. Selección de lecturas. Tomo 2. La Habana, Felix Varela.
21. Ferrer, VA (1995) “Adherencia A” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicadas. Journal of health Psychology, 7(1) (104-112).
22. García, Romagosa, 6 (2003) Evaluación del funcionamiento emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial. Osana Molerio Pérez:Tutor. Tesis Diploma en VCLV.
23. Epistemología y Psicología. La dialéctica materialista y la “Determinación del Psiquismo Humano”, en Revista Cubana de Psicología. Vol 19 No.3. La Habana (p 21-229).
24. Hipertensión arterial: Algunos aspectos clínicos epidemiológicos en dos consultorios médicos de familia. Municipio Jobaco (2001) en línea –<http://www.Hu.Sld.cu/modv/es.php?name=revistaDfileArticle&sid=27>.



25. La relación entre pacientes con no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial esencial y profesionales de la salud: (1999) en línea <http://www..insp.mx/salud/index.html>.
26. Marín Iranzo, R et al (2002) Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España. *Hipertensión*, 19 (3).
27. Merino, J y Gil, VF (2001) Revisión de estudios bibliográficos y factores predictores. En Roca Cusachs. Seguimiento y cumplimiento en el paciente hipertenso. *Calidad de vida* (p-15) SL: Doyma (orig 1999).
28. Miguel-Tobal, JJ et al. (1994) Emociones e hipertensos. Implantación de un programa cognitivo – conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*, 10 (2), 199-216.
29. Molerio, O (2004). Programa para el autocontrol emocional de pacientes con HTA. Miguel A. Roca. Perara: Tutor, trabajo para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Universidad Central de la VNAM, Cuba.
30. Morales –Calatayud; F (1999) *Psicología de la Salud: La Habana Científica Técnica*.
31. Nuñez de Villavicencio, F (2001) *Psicología y salud. La Habana Ciencias Médicas*.
32. Rubio, MJ y Varas, J (2003) Investigación y análisis de la realidad de ciencias sociales. Urrutia y G. González; *Metodología de la investigación social I. Selección de lecturas* (pp 90-107). La Habana: Félix Varela.
33. Roca-Cusachs, A (1999) Observación del tratamiento antihipertensivo. *Hipertensión*; 16 (4); 63-64.
34. Roca Cusachs, A (2001) Seguimiento y cumplimiento en el paciente hipertenso. *Calidad de vida*. S/L: Doyma (org, 1999).
35. Rodríguez, G; Gil, J y García, E (2003) *Metodología de la investigación cualitativa*. Santiago de Cuba: Prograf.
36. Rodríguez –Marín, J; Martínez M y Valcárcel,, MP (1990) *Psicología Social y Psicología de la Salud*. En Rodríguez. Marín, J. (comp). *Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad* (pp 13-26) Barcelona: PPV.
37. Rodríguez, L (1995) *Psicología social de la salud*. Madrid: Doyma. 40-58.
38. Samper, P y Ballesteros,B P (1999).Comparación de dos programas para el manejo de la hipertensión arterial esencial. *Suma Psicológica*. 6 (2), 195-220.



39. Valdesuso, AR; Pérez, MT y García, BD (1992). A propósito de las consideraciones acerca del seguimiento terapéutico ambulatorio de la hipertensión arterial esencial. Rev. Cubana, Cardiol. Cir. Cardiovas 6 (2) 99-101.
40. Vasilachis, I (2003) Métodos cualitativos I. Los problemas teóricos epistemológicos. En L. de Urnita G. González; Metodología de la investigación social I. Selección de lecturas (pp 9-62). La Habana: Félix Varela.
41. Adherencia terapéutica y modelos explicativos (2001) en línea <[http://www-infomed.php-nuke](http://www.infomed.php-nuke)>.



10. ANEXOS

10.1 PROPUESTA PSICOEDUCATIVA EN SALUD MENTAL PARA INCREMENTAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

1. INTRODUCCION

Llevar un tratamiento estricto o mantener controlada la enfermedad no son hábitos psico-educativos que la población con hipertensión adquiere con facilidad. La situación parte desde un enfoque multidimensional y multifactorial. Existe insuficiente conocimiento por parte de los pacientes de su padecimiento y las formas de llevar una vida más saludable, la identificación de las causas que lo favorecen, así como a orientaciones y herramientas en salud mental que les ayude a ser más cumplidores en su tratamiento.

Por otro lado las diferencias encontradas entre los pacientes refuerzan la necesidad de la participación activa de los pacientes con hipertensión arterial en el tratamiento tanto en lo intelectual como el área afectiva y el desarrollo de un abordaje holístico, personalizado donde la interacción consensuada con y entre los profesionales tratantes sea indispensable a partir de un enfoque multidisciplinario sistémico y dinámico.

Asimismo se comprobó en un 70% de incumplimiento al tratamiento farmacológico en el universo de trabajo, donde el desconocimiento de la enfermedad está presente. Se constató que no poseen niveles relevantes de información acerca de su enfermedad y tratamiento. Por lo que las causas psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica, son la vivenciación de emociones negativas como la irritabilidad y de manera moderada el sufrimiento. Las afectaciones en la autovaloración en los



pacientes poniendo de relieve una inseguridad y falta de eficacia parcial o global. Finalmente los aspectos relacionados con el entorno familiar y social ejercen una influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento, demostrando que hay una alta incidencia de pacientes hipertensos con no adherencia al tratamiento debido a estos factores psicosociales.

Por lo que se propone un programa dirigido a profesionales de la salud sobre estrategias y herramientas psicoeducativas para que ellos incentiven al paciente a la adhesión al tratamiento, así como para los propios pacientes para que puedan conocer, informarse, manejar estilos de vida adecuados, desarrollar capacidades y destrezas desde el contexto psicosocial para incrementar y mejorar y asumir que adherencia terapéutica de manera que ayude a conllevar cada día mejor su enfermedad. Puesto que la mayoría tiende a seguir un tratamiento que prescribe el médico pero como bien lo notamos en la investigación de campo, el paciente lo abandona con facilidad cuando ve que aquellas medicinas le han hecho mejorar o cuando siente que aquel medicamento que le recetó su médico tiene efectos que no los puede tolerar.

Adherirse a cualquier tratamiento médico es cosa de todos los pacientes, alguna vez que alguien fue al médico por cualquier dolencia y se sintió bien cuando a los dos o tres días empieza la medicación hacer efecto entonces dejamos de ingerir. Lo mismo sucede en psicología visitamos el psicólogo cuando la situación es estresante y dolorosa pero con un par de sesiones la gente abandona las tareas para casa o deja de continuar con el tratamiento, situaciones de esta naturaleza son eventos que su efecto costo beneficio es más alto, puesto que por un lado recaer con la enfermedad y luego la recuperación al paciente, el hospital o al estado le perjudican económicamente.



2. OBJETIVOS: GENERALES

2.1 Diseñar desde lo multidisciplinario estrategias y herramientas básicas para el paciente hipertenso a fin de lograr una verdadera adherencia terapéutica que incremente el costo-beneficio del tratamiento médico.

2.2 Habituarse al paciente hipertenso a controlar sus emociones como parte de la adherencia al tratamiento de la hipertensión de manera que sirva como mecanismo coadyuvante en el tratamiento a dicha enfermedad

2.3 Promover conductas de salud mental, incidiendo en los factores psicosociales que potencian el cumplimiento terapéutico.

ESTRATEGICOS

2.4 Involucrar a la familia del paciente hipertenso en el proceso psicoeducativo como red de apoyo para el control de la enfermedad.

2.5 Crear cultura en los participantes sobre la importancia del cuidado de su psiquis para ayudar a mantener la enfermedad.

2.6 Dictar charlas psicoeducativas al personal de salud relacionadas con la importancia del cuidado médico, ejercicio físico y la salud mental en el paciente hipertenso.

2.7 Enseñar a los pacientes, técnicas de autocontrol, relajación, autodominio y destrezas para la vida y que se deben tener en cuenta para mantenerse estables física y psicológicamente en el proceso de su enfermedad.



MISION: brindar a los pacientes hipertensos psicoeducación en salud mental de manera en base a tratamientos alternativos como la musicoterapia, danzaterapia y ejercicios físicos, de relajación, así como la atención de su individualidad para el mejoramiento de su adherencia terapéutica y por tanto su calidad de vida.

VISION: que todos los pacientes hipertensos logren una correcta adherencia terapéutica en base a un estilo de vida saludable, con adaptación y conciencia de su enfermedad, buscando redes de apoyo social en su familia, y sus relaciones sociales.



3. ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA PROPUESTA

PROPOSITOS	ACTIVIDADES
Acercamiento, observación y conocimiento de la realidad	Organización del equipo de trabajo.
	Formación y actualización al personal de salud en técnicas básicas de educación para la salud
	Detección de pacientes con HTA que asisten a consulta externa
	Conocimiento del tiempo de la enfermedad y el tratamiento de la HTA para inscribirlos en las sesiones.
Difundir a nivel de la comunidad, información para desarrollar acciones de promoción de salud	Realización de 10 sesiones por grupo de 30 personas con hipertensión arterial
	Lograr la formación de grupos de autoayuda y su vinculación con las redes sociales de la comunidad
	Realización de visitas domiciliarias a las personas con HTA y su familia para explicar la intencionalidad del proyecto
	Disponer de una base de datos de salud familiar que aporta información relacionadas al sistema de cuidado familiar de cada persona con HTA para promover el autocuidado.
	Implementación de un plan de trabajo orientado al autocuidado a partir de las necesidades básicas identificadas en la población afectada, principalmente alimentación, psicología y actividad física.
Promover la participación de la familia en el autocuidado del	Establecer diagnósticos de psicología y elaborar planes de cuidados a personas hipertensas con la participación de la familia



adulto y adulto mayor con hipertensión	Realización de talleres para promover el autocuidado y mejoras en el aprovechamiento de los recursos cotidiano de cada uno de los pacientes y su familia
	Promover el autocuidado de las personas con en la familia.
	Conocer la red social: grupos de amigos, espacios de distracción, religión, etc.) de cada paciente.
Desarrollo de actividades de salud mental	Establecer protocolos médicos y autocuidado de valoración, seguimiento y derivación de los pacientes con HTA.
	Desarrollo actividades física acordes a esta población.
	Desarrollo de talleres de autorelajación, técnica de relajación progresiva de Shultz,
	Talleres de autodominio de las emociones: convivir con la amiga hipertensión
	Desarrollo de acciones de promoción de salud a través de distribución de cartillas educativas, folletos, micros radiales.
	Lograr que la comunidad reciba información en relación a prevención de enfermedades, prevención de complicaciones y acciones de autocuidado.
Socializar las experiencias que se desarrollan para promover la actividad en otros grupos poblacionales	Difusión del trabajo realizado a través de la publicación de artículo, encuentros científicos locales y nacionales.
	Socializar el trabajo que se realiza y sus resultados a nivel de comunidad científica y legal.
	Establecer vínculos con otros grupos que trabajan esta problemática (Ministerio de Salud)



	Evaluación y exposición de resultados
--	---------------------------------------

FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>Interés de autoridades y personal de salud en apoyar en la salud mental a los pacientes hipertensos.</p> <p>Proporcionar técnicas psicológicas para el control de la enfermedad y adherencia al tratamiento</p> <p>Seguimiento de la enfermedad a nivel psicológico.</p> <p>La enfermedad requiere atención</p>	<p>Apoyo de autoridades locales (Ministerio de Salud, IESS) para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.</p> <p>Apoyo de la comunidad para disminuir efectos colaterales de pacientes hipertensos.</p> <p>Disminución de los efectos psicológicos de la</p>	<p>Desinterés de los pacientes al asistir a las sesiones de trabajo.</p> <p>Horarios de los pacientes para asistir a las sesiones de apoyo en salud mental</p> <p>Escaso apoyo de la familia</p> <p>Espacio físico y dotación de material</p>	<p>Cambio de autoridades de la institución.</p> <p>Cambio de Gobierno y sus políticas</p> <p>Interés por parte de la empresa privada y por ende las limitaciones en el acceso a todos los que pacientes con hipertensión</p> <p>Desinterés de la familia en</p>



<p>integral</p> <p>Enfoque multidisciplinario para un mejor tratamiento integral</p> <p>Control adecuado de la enfermedad para prevenir posteriores daños orgánicos.</p> <p>Reducir el aumento de riesgo que el hipertenso tiene de padecer complicaciones vasculares (infarto, angina, trombosis cerebral, etc.) y renales.</p>	<p>enfermedad en la comunidad</p> <p>Mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos.</p> <p>Contrato de personal en salud mental para las Unidades de atención en los servicios de salud de la ciudad y provincia.</p>		<p>apoyar al participante</p> <p>Poco apoyo de la comunidad local en el tema.</p> <p>Desinterés del personal médico para trabajar multidisciplinariamente.</p>
--	---	--	--



SUSTENTABILIDAD

- ▶ Dialogo con autoridades de gobierno en el área de Salud Pública y con las del hospital para su aprobación y financiamiento respectivo.
- ▶ Concienciación entre la comunidad a través de dialogo por los medios de comunicación de la localidad, a fin de promover la participación de la familia
- ▶ Difundir a nivel de la comunidad, información para desarrollar acciones de promoción de salud para estos pacientes.
- ▶ Realizar afiches, propagandas e invitaciones a las personas que padecen hipertensión para que asistan al Hospital
- ▶ Promover la integración de grupos de autoayuda de personas con diabetes e hipertensión arterial.
- ▶ Explorar los recursos que movilizan de la red de apoyo social en que están insertos los pacientes que participan o pueden acceder al proyecto.
- ▶ Buscar apoyo logístico de la institución para favorecer la propuesta.
- ▶ Educar al paciente hipertenso de manera individualizada sobre su enfermedad, y adherencia al tratamiento.
- ▶ Psicoeducar en consulta externa sobre la importancia del tratamiento, complicaciones, responsabilidad en el autocuidado y monitoreo de la presión, peso, triglicéridos, colesterol.
- ▶ Educación de control de estrés y agentes estresores.
- ▶ Mejorar la relación profesional de la salud-paciente garantizando la empatía, confianza, y el apoyo necesario.
- ▶ Incrementar las labores de educación para la salud haciendo énfasis en la importancia del tratamiento.
- ▶ Perfeccionar las capacidades de los profesionales sobre el fenómeno de la adherencia.
- ▶ Incrementar la divulgación del fenómeno del incumplimiento y sus repercusiones.



- ▶ Cumplir con el seguimiento y evaluación sistemática de estos pacientes en los tres niveles de atención sanitaria.
- ▶ Incrementar el trabajo psicoeducativo con la familia.
- ▶ Incentivar las investigaciones científicas acerca de este fenómeno

3. DESARROLLO DE LAS SESIONES

4.1 Consideraciones especiales para todas las sesiones:

- No realice ejercicio si su Presión Sistólica es mayor de 200 mmHg y su Presión Diastólica es mayor de 115 mmHg
- Evitar aguantar la respiración (maniobra de Valsalva). Llevar una respiración continua en todos los ejercicios.
- Si está tomando diuréticos, preste especial atención a llevar una hidratación adecuada en todo momento.

4.2 Pautas para realizar el entrenamiento:

- Este entrenamiento lo realizaremos en CIRCUITO haciendo una serie de 15 a 20 repeticiones de cada ejercicio sin dar descanso hasta completarlos todos.
- Descansaremos 3 minutos y repetiremos este circuito una segunda vez.
- La intensidad de trabajo debe ser tal que si lo valoramos de 1 a 10 donde 1 es ningún esfuerzo y 10 es esfuerzo extremadamente duro, debemos encontrarnos entre 4-5.
- Antes y después del circuito andaremos a paso moderado durante 15 minutos a una intensidad de entre 4-5 y andaremos 3 minutos a paso lento después de cada 15 a una intensidad de 2-3 a modo de recuperación.
- Es recomendable realizar un calentamiento de movilidad de las articulaciones al comienzo de la sesión y unos estiramientos al final de la misma.



- Este programa lo realizaremos entre 3 y 6 veces por semana.

Si además de hipertensión presenta algún otro problema o patología o tiene cualquier duda, consulte a su médico y terapeuta físico.

SESION N°1

Objetivos:

- Alcanzar niveles de empatía entre los participantes
- Ejercitar físicamente al paciente de manera progresiva

Tiempo: 3 horas

Materiales: Dos ula ula

- Elástico para cada integrante
- Cinta de 2 mts para cada integrante
- Grabadora
- Periódico

DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. Ejercicio físico.- este ejercicio físico se llevará a cabo en todas las diez sesiones de trabajo. Al inicio se realizarán de acuerdo al ritmo del paciente, poco a poco se irán incrementando, hasta completar todas las series. Tiempo 20 minutos

Zancadas elevadas pierna derecha

Apoyamos el pie derecho en algo elevado dejando caer el peso sobre la pierna y sin flexionar excesivamente la rodilla y nos empujamos con fuerza para ponernos en la posición de partida.

Ejercicio Zancadas elevadas pierna izquierda

Apoyamos el pie izquierdo en algo elevado dejando caer el peso sobre la pierna y sin flexionar excesivamente la rodilla y nos empujamos con fuerza para ponernos en la posición de partida.

Ejercicio Tracción de pie



Nos cogemos a algo fijo, nos dejamos caer y volvemos a la posición inicial. Mantenemos el tronco recto en todo momento.

Ejercicio Flexión/Extensión de rodilla tumbado boca abajo

Le damos todo el recorrido posible a las rodillas en este movimiento.

Ejercicio Empuje de brazos hacia arriba alterno

Es muy importante mantener ligeramente flexionadas las rodillas y evitar un excesivo arco en nuestra espalda baja durante todo el movimiento

Ejercicio Extensiones de pie en escalón

Agarrados a algo fijo apoyamos las puntas de los pies y le damos todo el recorrido posible al juego del tobillo.

Ejercicios para tonificar abdominales superiores y oblicuos

Posición de partida: Nos colocamos tumbados en el suelo hacia arriba con una pierna flexionada a 90 grados y la otra extendida con los brazos estirados por encima de la cabeza.

Ejecución: Elevamos el tronco con ayuda de los brazos, girándolo hacia la pierna flexionada para apoyar las manos en el suelo y elevamos la cadera. Lo realizamos por la derecha y después por la izquierda.

Ejercicio Elevaciones de rodilla alterna tumbado

Importante soltar el aire cada vez que subamos cada una de las rodillas.

Ejercicio Caminar a paso moderado

Después del circuito: Andamos a paso moderado durante 15 minutos a una intensidad de entre 4-5 y andaremos 3 minutos a paso lento después de cada 15 a una intensidad de 2-3 a modo de recuperación.

2. Danzaterapia con elásticos y cintas: espacios de vida, mis fronteras de contacto. Se necesita música de fondo: 20 minutos



3. Ejercicio del Nombres de cada uno con un adjetivo positivo. Cada paciente debe escoger son la letra inicial de su nombre una característica positiva que resalte su personalidad. 20 minutos
 4. Presentación de los participantes.- se presentaran dando su nombre, expectativas del taller, del grupo y de sí mismo para participar en las sesiones. 2 minutos para cada paciente.
 5. Alegre y divertido: 5 minutos
 - casas y ardillas
 - cocodrilo y ranas: Se coloca en el piso papel periódico, varias hojas según el número de participantes, se explica que el periódico son piedras y que cada uno de los asistentes son ranitas, mientras se haga escuchar un sonajero el cocodrilo estará dormido una vez que se hace silencio el cocodrilo está listo y quién se queda fuera de los periódicos está eliminado del juego.
 6. La bolsa: Ejercicio de Afirmación 15 minutos
 7. Ejercicio de afirmación: segunda parte Algunas maneras en que muestro respeto por mí mismo. 10 minutos
 1. **El cuadro:** se hace entrega a cada participante de un cuadro con diferentes afirmaciones. Por ejemplo: alguien que calce el mismo número que yo. Años de padecer Hipertensión arterial, medicamentos que tomen, etc. En cada casilla deben conseguir la firma de algún compañero o compañera que cumpla con esa afirmación. Finalmente se hace una puesta en común. 15 minutos
 2. Algo que está sucediendo en mi vida en este momento, que podría afectar mi desempeño en la presente sesión. 15 minutos
 3. Alegre: aros encontrados. 10 minutos
 4. Explicación de retroalimentación del grupo 15 minutos
- RESPECTO PARA TODOS ESCUCHA CONFIAR EN EL PROCESO



5. Evaluación 10 minutos
6. Cierre



Sentir dolor despues de una pérdida es normal

Tu dolor es una prueba de que túe estas vivo y una señal de que tú eres capaz de reaccionar ante las experiencias de la vida

El miedo, la rabia, la culpa y la tristeza son parte de tu dolor

Por ahora, sientelos. Mas tarde aprenderás cómo manejarlos



SESION N° 2

Objetivos:

- Reconocer desde lo intrapsíquico mis fronteras de contacto para socializar en el grupo
- Facilitar niveles de empatía en el grupo

Tiempo: 3 horas

Materiales:

- Grabadora
 - CD de relajación
 - Elásticos
 - Colchonetas
1. Ejercicios de la sesión 1. Tiempo 20 minutos
 2. Relajación: Mis fronteras de contacto, mi espacio personal. 15 minutos
 3. Dinámica:

Parejas. Se entrega parejas de cartas iguales, los participantes deben encontrar la igual a su carta, una vez encontrados se presentan y comentan lo que significa para usted en este momento la palabra de la carta. Para la plenaria cada uno presenta al otro compañero y expresa el significado de la palabra en cada tarjeta. Tiempo 15 minutos

 - El grupo finaliza poniéndose en el piso y la cabeza se sienta en el estómago del compañero de al lado, el primero empieza diciendo un ja, el segundo ja, ja, el tercero ja, ja, ja y así sucesivamente, hasta todos sin notarlo terminan riéndose sin parar.
 4. Acogida: Una vez que ayudé a alguien y me sentí bien.....10 minutos
 5. Círculos concéntricos: Se distribuye al grupo en dos subgrupos, (uno, dos, blanco, negro, médico, paciente, según el ánimo del grupo). Los número 1 se levantan con su silla y se sientan al frente del número 2, cada persona con una pareja.



La instrucción es decirle al grupo que se hablará sobre un tema determinado, cuando le toca al número 1 escucha el número 2 y cuando habla el número dos, escucha el número 1.

- a. Una persona que admiro y por qué?
- b. Algo bueno que me sucedió en mi niñez
- c. Una vez que hice algo que me sentí orgulloso

6. Afirmación

- Divide al grupo en parejas y una persona hablará por tres minutos sobre lo que le gusta a sí misma y la otra escucha. Luego se cambian los papeles. No se puede decir nada negativo. El compañero presenta lo que escuchó del compañero.

Comentarios sobre la experiencia:

- Por qué es importante sentir positivo de nosotros mismos cuando interactuamos con otros? Cómo pensamos de nosotros mismos? Cómo evitamos que nuestro sentido de nosotros mismos depende de otras personas o cosas?

7. Alegre: colocar pares de sillas por el salón muy separadas entre parejas. En el medio del salón se coloca un par de sillas, estas serían la cárcel. Los participantes se sientan en las sillas tomados de las manos sin soltarse, se asigna un número a cada pareja, incluida las de la cárcel, el cual deben mantener sin importar en donde estén sentados. La pareja de la cárcel dice dos no más números y las parejas correspondientes deben levantarse y buscar nuevas sillas sin soltarse de los brazos, en ese momento aprovecha para ocupar otras sillas que no sean la cárcel. Si se quiere cambiar a todos se debe mencionar escape de la cárcel y todos deben moverse. La pareja que quede en la cárcel repite el proceso. Tiempo 10 minutos

8. Ejercicio de confianza: se forman grupos pequeños de cinco personas, cada participante va al centro del grupo y cierra los ojos y se deja caer con toda la confianza que el grupo no lo hará caer, mientras todos se apoyan para no dejarlo caer van diciéndole cosas positivas de su forma de ser, carácter, habilidades, etc.



9. Cierre: El abrazo tejano

SESION N° 3

Objetivos:

- Lograr en los participantes niveles de resiliencia poniéndose en los zapatos del otro.
- Sensibilizar al paciente desde su propio Yo como la parte más importante de su vida y su entorno

Tiempo: 3 horas

Materiales:

- Papeles con nombres de varios animales
- Dinámica Quién soy yo?
- Hojas para los participantes
- Esferos
- Vendas para cada participantes

1. Dinámica: tiempo 20 minutos

- a. El Arca de Noé: se distribuye papelitos con nombres de animales (en parejas), sin ver la palabra hasta que se indique. Luego voltean el papel y miran qué animal les ha tocado. La dinámica consiste en que sin hablar, haciendo lo más parecido el ruido del animal que le ha tocado busque a su pareja, gana quién lo haga primero.
- b. A esta sesión ha llegado un tren cargado de: se nombran cosas y materiales que se le ocurran al facilitador, todos deben tener concentración para repetir lo que se ha dicho y no demorarse en nombrarse. Por ejemplo, materiales que encuentro en el hospital, como tensiómetro, termómetro, gasas, camillas, etc.

2. Acogida: tiempo 10 minutos

El truco del sombrero



Se escribe en un papel los participantes que están y se entrega a cada uno de los asistentes, teniendo cuidado que no le toque el mismo nombre a quién coge el papel. Cuando todos tienen los nombres empiezan a hablar de su compañero en forma positiva.

3. Ejercicio de afirmación: tiempo 30 minutos

- a. En grupo de tres personas sin hablar absolutamente nada, tratan de llegar a un acuerdo y escoger un lugar para el grupo.
- b. Los lazarillos. Se hacen parejas, la una le venda a la otra y le hace recorrer por todo el lugar tratando de guiarla, como si se tratara de una persona con deficiencia visual. El papel se invierte la persona que hizo de guía ahora hará de lazarillo.

Para la reflexión final:

- Cómo se sintieron en los dos papeles de guías y lazarillos
- Fue fácil ponerse en los zapatos del otro?
- Cuáles fueron los miedos y sentimientos experimentados?
- Cómo o mediante qué obtuvimos confianza para hacer el primero y el segundo ejercicio?

4. Ejercicio QUIEN SOY YO?. Tiempo una hora

5. Cierre: cada participante expresa qué se lleva de la jornada a manera de regalo. Tiempo 10 minutos

Para el cierre todos hacen la venia a todos los compañeros como lo hacen en la India y en otros países de Asia. Al ponerse las manos en el pecho hacen la venia diciendo NAMASTE.

MATERIALES:



SESION N° 4

Objetivos:

- Desarrollar habilidades y destrezas para una mejor adherencia terapéutica
- Comunicar al paciente el poder transformador para mantener una vida saludable

Tiempo: 3 horas

- **Materiales:** Un ovillo de lana
- Papeles
- Papel periódico
- Marcadores
- Esferos
- Hojas de bingos

1. Dinámica: tiempo 10 minutos

a. El bingo: se entrega una hoja del bingo a todos los participantes con un esfero. Consiste en buscar según lo que indica cada interrogante del bingo y quién termina primero gana diciendo BINGO. Es muy similar a la dinámica del Cuadro.

b. Se murió chicho: la dinámica ayuda a establecer confianza para el resto del trabajo. El guía dice llorando al compañero de al lado se murió chicho haciéndolo lo más parecido a una mala noticia. Luego se lo dice riendo, muy enojado, nervioso, tímido, etc, todos deben imitar lo que el guía hace.

2. Ejercicio de acogida: 20 minutos

Peleas en fila

Se reparte al grupo en dos subgrupos iguales, se les plantea un informe al cual deberán defenderlo con todos los argumentos posibles la una fila, mientras que la otra dará



alternativas, buscando que no siempre esa es la solución, sin ofenderse cada grupo defiende su posición, lo interesante de la dinámica es que después de unos minutos se intercambian los papeles, es decir, quienes defendieron la una postura pasaran a atacarla y quienes estuvieron en la oposición pasaran a defenderla.

El primer tema: se dice que vegetariano es la forma más saludable para prevenir muchas enfermedades y prolongar el tiempo de vida.

Segundo tema: la medicación salva la vida del hipertenso, por lo que estrictamente debe ingerir el medicamento como lo prescribe el médico

3. Ejercicio de afirmación: tiempo 30 a 45 minutos

ESTRATEGIA

Permite desarrollar habilidades para planear estrategias y campañas no violentas para aprender como personas trabajar en equipo y lograr una meta, sin el uso de la violencia.

- Se explica que practicaremos, planearemos y haremos la estrategia para lograr, juntos una meta que el grupo realmente quiere lograr. Solicitar una lluvia de ideas para identificar el problema o meta que el grupo quiere trabajar.
- Elegir el tema que en el grupo sea de más interés. Hay que tratar que desde el grupo salga la idea de la adherencia terapéutica.
- Cada grupo deberá decidir los pasos y estrategias que este considere necesario para lograr la meta. A través de una lluvia de ideas, desde lo más gracioso hasta lo más sencillo.
- Después los grupos deciden el orden de los pasos para tomar y considerar cuanto tiempo les tomará
- Anotan en una línea de tiempo cada paso en el papel periódico. Por ejemplo una campaña para disminuir la exclusión social
- Ahora el grupo presenta su estrategia, al mismo tiempo que se plantea las siguientes interrogantes:



- a. Hubo moderador o secretaria?
- b. Todos tuvieron la oportunidad de hablar?
- c. Alguien habló demasiado tiempo?
- d. Mantuvieron su atención en la tarea?
- e. Hubo interrupciones?

Se debe tratar de mantener el interés de los participantes en la seriedad de este ejercicio y destaca que puede ser útil para el inicio de un camino hacia algo que realmente puede hacer/lograr.

4. EJERCICIO DE AFIRMACION

PODER 1, 2, 3, 4

- Dividir al grupo en grupo de 4 personas, debe ser exacto. Distribuir un papel con la indicación que no deben escoger ni abrirlo hasta que el facilitador indique
- Se explica: como grupo, acaban de recibir cien mil dólares y tendrán que decidir qué hacer con el dinero. El poder de decisión no será igual. Algunos tendrán 1 voto, otros 2, algunos 3 y otros 4, dependiendo del número que marque el papel.
- Se requiere un total de 6 votos para tomar la decisión de qué hacer con el dinero.
- Al final de la decisión se hace el aprendizaje del ejercicio, primero con las emociones y los resultados de cada grupo.
- Evaluación del ejercicio

5. Palmadas rítmicas

6. Cierre: Telaraña

“Esta telaraña que nos une nos muestra la sencillez que es de hacer amistades si tan solo estamos dispuestos” Ahora abren sus ojos....aprendamos que si no se cuidan las amistades, el trabajo en equipo, la confianza y las relaciones, puede ser fácil perderlos.



SESION N° 5

Objetivos:

1. Enseñarle al paciente formas de relajación
2. Desarrollar en el paciente habilidades y destrezas para tomar decisiones que le ayuden a mantener una buena salud mental

Tiempo: 3 horas

Materiales:

- música de relajación
- Grabadora
- Fotocopias “El miedo a tomar decisiones”.

1. Ejercicios de la sesión N°1
2. Relajación progresiva de Jacobson

Se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Una vez que el sujeto haya aprendido a relajarse podrá utilizarlo como procedimiento de autocontrol ante cualquier situación de ansiedad.

Esta técnica requiere un largo periodo de tiempo para aprender a relajarse. Otros autores han modificado este procedimiento acortando su duración.

Los ejercicios de tensión serían para las siguientes partes del cuerpo (en el orden en que aparecen):

1. Extremidades superiores



- Mano y antebrazo dominante
- Brazo dominante
- Mano y antebrazo no dominante
- Brazo no dominante

2. Cabeza y cuello

- Frente
- Ojos y nariz
- Boca
- Cuello

3. Tronco

- Hombros, pecho y espalda
- Estómago

4. Extremidades inferiores

- Muslo dominante
- Pierna dominante
- Pie dominante
- Muslo no dominante
- Pierna no dominante
- Pie no dominante

A partir de este programa se introducen las instrucciones “inspire profundamente y contenga la respiración” durante la tensión, “suelte el aire y respira despacio rítmicamente” durante la relajación.



Cada tensión durará aproximadamente 20 segundos, excepto la de los músculos de los pies que no se deberán tensar más de 5 segundos para evitar la aparición de calambres musculares.

Recursos:

1. Preguntar a los participantes qué pasos siguen para tomar una decisión.
2. Explicar el proceso de toma de decisiones.
3. Analizar algunos de los factores que nos condicionan a la hora de tomar decisiones.

3. Información para esta sesión: *El miedo a tomar decisiones*

CONTENIDO:

Aunque la etiqueta de “COMPETENCIA SOCIAL” no diga mucho a la gente de la calle, este es un término muy conocido e importante en las ciencias sociales y especialmente en la Psicología.

Ser competente quiere decir ser capaz. Por tanto, competente socialmente es aquella persona que sabe relacionarse con los demás, ya que sabe escuchar, ponerse en el lugar del otro/a, es empática y al mismo tiempo sabe expresar sus ideas y defender sus derechos respetando al otro/a. La competencia social es una capacidad que se observa en muchas personas desde la infancia, pero no es innata. Es aprendida. La parte más “visible” de la competencia social es la Asertividad, (término que desarrollaremos en la sesión 6 ampliamente).

Por ahora, nos interesa saber que ser competente socialmente es tener herramientas para relacionarnos en todos los contextos y con todo tipo de personas. Pero eso no es fácil y siempre se puede mejorar y potenciar. No importa nuestro punto de partida más o menos competente.

Sólo hace falta querer mejorar nuestras relaciones y formarnos para ello. Por otro lado y dentro de la competencia social, uno de los elementos clave es



ser capaz de tomar decisiones. Pero es cierto que no siempre es fácil. A veces nos supone un gran esfuerzo o sacrificio o nos da miedo por no saber qué va a pasar.

A la hora de tomar decisiones dentro del tema a trabajar, nos vamos a referir a las decisiones más complicadas (mantener una relación, cambiar de trabajo, alejarme de determinadas personas que me perjudican, etc.).

Los dos momentos a la hora de tomar decisiones los dividimos en ANTES de decidir y DESPUÉS de haber decidido y que a continuación se desarrollan.

ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN

Debo hacerme estas dos preguntas y responderme honestamente:

- ¿Soy consciente de que tengo que tomar una decisión?
- ¿Tengo claro lo que quiero decidir y por qué?

Si parece que no tengo claro que debo tomar una decisión y por qué no lo tengo tan claro, puedo hacer lo siguiente:

1º Balance decisional, es decir, expreso en un papel en blanco el problema que me afecta y a un lado pongo las ventajas o beneficios que me traería el tomar la decisión y en el otro los inconvenientes o repercusiones de tomar la decisión.

2º Una vez hecho esto, debo valorar mi motivación para cambiar, que va a estar condicionada por aspectos tales como tener o no apoyo a la hora de decidir, miedo a la incertidumbre de lo que puede pasar, disponer de medios, recursos, información, etc.

3º Llegado a este punto, tengo dos opciones, tomar la decisión, es decir, cambiar o si aún no me encuentro preparado/a, empezar haciendo cambios internos, antes de cambiar o tomar la gran decisión. Estos cambios internos nos ayudaran a aliviarnos emocionalmente y además a ir adquiriendo fuerza



y seguridad en nosotros/as mismos/as. Para hacer estos pequeños cambios internos puedo recurrir a estrategias como:

- Hacer pequeños ejercicios de visualización de la situación que deseo, viéndome cómo me encontraré y sentiré en la nueva situación después de cambiar.
- Hacer un pequeño plan de trabajo de pequeños cambios que debo ir dando antes de tomar la gran decisión de cambiar, valorando los resultados y cómo me voy sintiendo.

DESPUÉS DE TOMAR LA DECISIÓN

- No debo juzgarme o criticarme por la tardanza para cambiar (CELEBRALO).
- Analizar qué aprendí durante el proceso en la toma de decisiones.
- Analizar qué cosas no debo repetir o permitir nuevamente en mi vida.

5. Alegre y divertido

Un limón medio limón: Sentados en círculo el grupo se enumera. Una persona empieza diciendo “Un limón, medio limón” y dice un número; por ejemplo, “un limón, medio limón, tres limones, medio limón”. La persona que tenga ese número debe repetir la operación y así sucesivamente hasta que alguien se equivoque.

Los objetos: Se coloca sobre la mesa un conjunto de objetos y se cubren a la vista de los y las participantes. Se descubren durante unos segundos, permitiendo que los observen sin tocar y luego se tapan. El grupo que recuerde más objetos gana.

6. ENTRE VARIAS ALTERNATIVAS

Objetivos:

- Aprender a elegir entre varias alternativas, buscando las ventajas y desventajas de cada una.



- Ser conscientes de que cada acción tiene consecuencias.

- Fomentar la asertividad.

1. Se presentan diferentes situaciones con varias alternativas. Los y las participantes deben elegir una de ellas y comentar por qué:

a. Cuando alguien me critica...

Yo me siento herido/a; siento que nadie me quiere; me siento desconcertada; me siento culpable; rechazada; me siento muy bien...

b. Estás en una sesión o una fiesta y tus dos mejores amigos (as) te animan a tomar “una copita”, pero eso te hace daño para tu presión...Pasas; las tomas; les explicas por qué no puedes...

c. Estás con tu familia pero en la reunión dice algo tu nieta y lo dice muy rápido que no lograste entender...Pides que te repitan o te quedas en silencio....

d. Has hecho todo lo posible para que algo te quede bien, pero tú crees que no lo está...

e. Si alguien me pide algo que a mí no me apetece hacer...

Yo lo hago; paso de él/ella; le comento las razones que tengo para no hacerlo...

f. Si mi hija dice en delante de sus amigas que no sigo las reglas al pie de la letra del médico y me ridiculiza...

Yo me quedo callado; quiero esconderme...

g. Vas por la calle y de pronto te cogió una sensación de que tu presión se subió... Pides ayuda, No dices nada.

h. Si tengo que elegir entre varias alternativas que me gustan mucho...

Yo me pongo nervioso/a; elijo al azar; analizo los pros y los contras de cada alternativa...

7. Evaluación

8. Cierre



SESION N° 6

Objetivos:

- ✓ Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica.
- ✓ Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un arsenal de pensamientos positivos para afrontar el estrés que produce la hipertensión arterial.
- ✓ Conocer la definición de asertividad.
- ✓ Identificar algunas de las características de las personas ASERTIVAS, AGRESIVAS (o violentas) e INHIBIDAS (o pasivas).
- ✓ Conocer algunas estrategias para hacer más eficaces las respuestas ASERTIVAS.
- ✓ Definir cuáles son las características de los distintos estilos de comportamientos (asertivo, agresivo y pasivo).
- ✓ Pedir a las personas participantes que se identifiquen con alguno de estos tres estilos de relación.
- ✓ Lectura de una serie de situaciones para saber cómo actuarían y conocer cuál sería el comportamiento más asertivo.
- ✓ Aprender estrategias para hacer más eficaces y justas las respuestas asertivas.

Tiempo: 3 horas

Materiales: fotocopia de la asertividad

1. Ejercicios de la sesión N°1
2. TÉCNICA DE LA INOCULACIÓN DEL ESTRÉS

Se puede decir que su utilidad se relaciona con identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en un futuro.

Esta técnica se lleva a cabo en tres pasos:



- Primer paso: Elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresantes hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación que produce ansiedad.
- Segundo paso: Creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.
- Tercer paso: Utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento real para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

3. LA ASERTIVIDAD

Situación 1:

Tu esposo (a) acaba de llegar a cenar, justo una hora tarde de lo acordado. No ha llamado para avisar que se retrasaría. Te sientes irritado o irritada por la tardanza. Le dices:

- *Entra Javier, la cena está en la mesa. (Respuesta pasiva o inhibida).*
- *He estado esperándote durante una hora. Me hubiera gustado que me hubieras avisado de que llegabas tarde. (Respuesta asertiva).*
- *Me has puesto muy nervios/a llegando tarde. Es la última vez que te espero. (Respuesta agresiva o violenta).*

Situación 2:

Una compañera de trabajo, Elena, te da constantemente su trabajo para que se lo hagas. Decides terminar con esta situación. Elena acaba de pedirte nuevamente que hagas algo de su trabajo. Le contestas:



- *Bueno..., déjame lo que yo te lo hago. (Respuesta inhibida)*
- *¡Olvídalo! ¡Casi no me queda tiempo para hacer el mío! ¡Eres una abusiva! ¡Búscate la vida cómo me la busco yo para hacer mi trabajo! (Respuesta agresiva o violenta).*
- *Lo siento mucho Elena, pero no puedo. Estoy muy ocupada. Además tienes que pensar que no siempre puedo echarte una mano. Tendrás que organizarte de otra manera. (Respuesta asertiva).*

Situación 3:

Una persona (o familia) desconocida se acaba de mudar al piso de al lado. Quieres conocerla.

- *Sonríes tímidamente al tiempo que tu vecino o vecina se acerca, pero no dices nada. (Respuesta inhibida)*
- *Te acercas a la puerta de ellos y dices: ¡Hola! Soy Antonio/Luisa. Vivo en el piso de al lado. Bienvenidos a la casa. Me alegro de conocerles. (Respuesta asertiva)*
- *Cuando pasan cerca de ti comentas entre dientes “Vaya, viene gente nueva al barrio y no son capaces de presentarse a los vecinos....Desde luego, se ha perdido la educación”. (Respuesta agresiva o violenta).*

Situación 4:

Durante una conversación, alguien da una opinión con la que no estás de acuerdo:

- *Te “tragas” su opinión sin atreverte a expresar otra postura. (Respuesta inhibida o pasiva)*
- *Le explicas tu postura tranquilamente y sin ofender a la otra persona. (Respuesta asertiva)*
- *Atacas la opinión de la otra persona, tratando de desacreditarla y ofendiéndola. (Respuesta agresiva o violenta)*



- **Información sobre sesión: *La Asertividad***
- Relacionarse de forma asertiva, supone sopesar lo que se va a decir o hacer teniendo en cuenta que sea eficaz y lo más justo posible para ambas personas (Segura, 2007). Si solamente es eficaz, la solución elegida puede beneficiarnos a costa de los derechos de la otra persona, y eso sería agresivo. Si es justo, pero no somos capaces de decirlo o de hacerlo, actuaremos de forma pasiva o inhibida. Por eso hay que buscar la alternativa más justa para mí y la otra persona y que a la vez sea eficaz, es decir, que se pueda llevar a la práctica sin que genere un problema mayor.
- Pongamos un ejemplo: Te sientas en un restaurante a cenar. Cuando el camarero trae lo que has pedido, te das cuenta de que la copa está sucia con marcas de carmín. Podrías:
 - a) No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto.
 - b) Armar un gran escándalo en el local y decirle al camarero que nunca volverás a ir a ese establecimiento.
 - c) Llamar al camarero y pedirle que por favor te cambie la copa.
- Aquí se han mostrado los tres estilos de relación que tenemos frente a cualquier situación interpersonal: asertivo o hábil socialmente, agresivo e inhibido (pasivo). Las habilidades sociales (Segura, 2002, 2005, 2007) son conductas verbales (las palabras que se emplean, el tono, el momento en que se emplean, etc.) y no verbales (mirada, sonrisa, gestos con las manos, etc.), que facilitan la relación interpersonal, de forma no agresiva ni inhibida, sino asertiva. Nadie nace asertivo, se hace asertivo o asertiva en sus relaciones interpersonales. Es un aprendizaje, una manera de relacionarnos que se desarrolla a lo largo de toda nuestra vida.
- Algunos ejemplos de habilidades sociales son: saber escuchar, saber elogiar, saber disculparse, saber decir no, saber enfrentarse al miedo, enfrentarse a las presiones del grupo, defender nuestros derechos,



dar las gracias, enfrentarse al enfado del otro, pedir un favor o ayuda, TENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, etc.

- En general, podemos decir que existe una falta de habilidades sociales o asertividad cuando:
 1. La comunicación asertiva se bloquea por falta de autorregulación emocional; exceso de ansiedad, rabia, ira, deseo de venganza, miedo, etc.
 2. No se poseen las necesarias habilidades sociales para actuar adecuadamente.
 3. Existe falta de autoestima o de confianza en uno mismo.
 4. Se tiene un pensamiento rígido, poco flexible, que impide resolver adecuadamente los problemas.
- Seguidamente veremos los rasgos más predominantes de estos tres estilos de comportamiento:
- En la práctica, relacionarse de forma ASERTIVA supone:
 - Ser capaz de decir “no” y aceptar los propios errores.
 - Reconocer también cuáles son nuestras responsabilidades en la situación y qué consecuencias resultan de la expresión de nuestros sentimientos.
 - Ser capaz de pedir un favor o petición, si así se requiere.
 - Ser capaz de expresar tanto los sentimientos positivos como los negativos de manera adecuada, respetando a la otra persona.
 - Ser capaz de comunicarse adecuadamente. Teniendo en cuenta el contexto (dónde no relacionamos; ejem. No es lo mismo estar en la oficina en una reunión, que cenando en casa) y el tipo de relación que tenemos con la otra persona (nuestros roles, ejem: no es lo mismo hablar en la oficina con nuestra pareja que en casa, o en casa de su familia, etc.).



- Ser capaz de expresar nuestra opinión y de pedir aclaraciones sin ofenderse o exaltarse.
 - Ser capaz de defender los propios derechos respetando a las demás personas.
 - Hablar con seguridad, realizar contacto ocular directo y al mismo tiempo, encontrarse cómodo y relajado.
 - Nuestro pensamiento es racional lo cual nos permite ser flexibles y tolerantes.
 - Disponer de una buena autoestima. Referido a las relaciones, mostrar satisfacción por nuestras relaciones interpersonales y sentir respeto tanto por uno mismo/a como por los demás.
- Relacionarse de forma AGRESIVA o VIOLENTA incluye:
- Defender de manera excesiva y ofensiva nuestros derechos o necesidades sin pensar en los que nos rodean.
 - Carecer de habilidades sociales adecuadas para afrontar gran parte de las situaciones sociales.
 - El volumen de voz suele ser elevado, se comporta de forma impulsiva, insulta, amenaza, se muestra tajante, interrumpe a menudo, grosero, etc.
 - Contacto ocular desafiante, postura que invade el espacio de la otra persona que se muestra tensa.
 - Pensar que mostrar interés por los y las demás es mostrarse vulnerable, o de cobardes.
 - Falta de autorregulación emocional.
 - Manifestar una falsa (aparente) buena autoestima, con mucha seguridad.
 - No mostrar capacidad para ponerse en el lugar de la otra persona (empatía)
 - Carecer de valores prosociales y mostrar una tendencia clara hacia el comportamiento antisocial y a transgredir las normas.
 - Se muestran mandones e intolerables ante los demás.
 - Pensamiento rígido.



- Relacionarse de forma PASIVA o INHIBIDA supone:
 - No defender los propios derechos y por ello, los demás abusan de esas personas.
 - Respetar a las demás personas pero no respetarse a sí mismas.
 - Habla poco fluida, con un volumen de voz bajo, con titubeos en la conversación.
 - Rehuir el contacto ocular y mantener baja la mirada. Pueden mostrarse tensas, con una postura corporal que muestra su incomodidad.
 - Quejarse a terceras personas de la incomprensión que padecen por parte de los demás, pero jamás directamente con la persona con la que se tiene el malestar.
 - Sentirse impotentes, con baja autoestima, con frecuentes sentimientos de culpabilidad, inseguridad, frustración y ansiedad.

ALGUNAS ESTRATEGIAS PARA HACER MÁS EFICACES LAS RESPUESTAS ASERTIVAS

- Responder a los síntomas de ansiedad aprendiendo a manejar las emociones y sentimientos, consiguiendo el acercamiento en la relación y no con huida o evitación.
- Escuchar atentamente a la gente.
- Hablar con un volumen de voz medio y con una dicción adecuada. No susurrar.
- Aprender a soportar algunos silencios sin sentir nerviosismo.
- Aprender a tolerar críticas a base de introducir el debate deliberadamente en un momento determinado.



- Tener un buen concepto de sí mismo/a. Es importante valorarse y respetarse tanto como valorar y respetar a las demás personas.
 - Conseguir que todos los hechos y puntos estén aclarados con antelación para mejorar la autoconfianza y disminuir la intimidación por parte de los demás.
 - Tomar en consideración los puntos de vista de los demás comunicándoles que entendemos su punto de vista y al mismo tiempo, exponer firme y claramente nuestra opinión.
 - A menos que sea realmente necesario, no hay que ir pidiendo perdón por todo.
 - Si se quiere asegurar la cooperación de los demás siempre se les debe proporcionar, cuando sea posible, una salida (con suerte, la salida que uno desea) y se deben esbozar las consecuencias constructivas de tal alternativa.
 - Una afirmación tranquila de los pasos que estamos dispuestos a seguir es mucho más eficaz. También si se afirma que se seguirá una serie de pasos, hay que asegurarse de hacerlo, para que así las respuestas se tomen en serio en el futuro.
- Cuando nos comunicamos asertivamente, además del lenguaje verbal, tenemos que utilizar adecuadamente una serie de elementos para que el conjunto expresado resulte hábil socialmente y coherente, como son:
- Tener contacto ocular.
 - Manejar la inflexión y el volumen de la voz.
 - Usar las manos para apoyar nuestro discurso.
 - Conocer y manejar adecuadamente la expresividad de nuestro rostro.
 - Potenciar la fluidez en el habla.
 - Ser consciente de nuestras posturas corporales.



- Conocer y utilizar adecuadamente la distancia física entre las personas (distancia social).
4. Evaluación
 5. Cierre

SESIÓN N° 7

Objetivos

- ✓ Descubrir la importancia de la escucha activa y las dificultades de la misma cuando hay distorsiones.
- ✓ Adquirir los elementos básicos de la escucha activa.
- ✓ Adquirir habilidades para la escucha activa
- ✓ Adquirir las habilidades básicas de la escucha activa y de la comunicación.
- ✓ Desarrollar la habilidad de realizar preguntas necesarias para una buena comunicación.
- ✓ Considerar importante la comunicación para realizar un trabajo conjunto.

Tiempo

Tiempo: 3 horas

Materiales

Pizarra, tizas o rotuladores

Una noticia, el texto del juego del teléfono

1. Ejercicios de la sesión N° 1
2. **DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA (WOLPE)**

Consiste en pedirle al sujeto que, estando relajado, imagine varias escenas que le provoquen cada una de ellas mayor ansiedad que la anterior. La presentación repetida en la imaginación, mientras que el sujeto se encuentra



relajado de los estímulos que evocan respuestas de ansiedad, produce el debilitamiento gradual y la eliminación de estas últimas.

El procedimiento estandarizado de la desensibilización sistemática incluye 4 pasos:

- Entrenamiento en relajación.
- Construcción de la jerarquía.
- Evaluación y práctica en imaginación.
- Desensibilización sistemática propiamente dicha.

La relajación se ha utilizado como respuesta incompatible con la ansiedad. En el procedimiento de la desensibilización sistemática aplicado por Wolpe se propone una adaptación del entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.

Una jerarquía de ansiedad es una lista de estímulos o escenas generadores de ansiedad que se han de imaginar, referidas a un mismo tema y ordenadas según la intensidad de las respuestas de ansiedad que provocan en el sujeto. Los elementos que componen la jerarquía de ansiedad han de ser: concretos, relevantes y propuestos por la persona que va a relajarse. Una jerarquía suele incluir entre diez y veinte escenas, aunque puede incluir muchas más. Se le indica que ha de considerar toda la gama completa de posibilidades de intensidad de la ansiedad: mínima, leve, moderada, fuerte, muy fuerte.

Antes de iniciar la aplicación de la desensibilización sistemática es necesario evaluar la habilidad del sujeto para imaginar las escenas que se le van a describir de la forma más nítida y vívida posible.



En la desensibilización sistemática propiamente dicha, el terapeuta induce en el sujeto el estado de relajación profunda. Una vez relajado, se procede a describirle por primera vez la escena de la jerarquía que corresponda. El criterio para considerar una escena superada es la presentación en imaginación al menos dos veces consecutivas sin producir ninguna ansiedad.

3. HABILIDADES SOCIALES

Habilidad social 1: Saber escuchar

Programación:

- Realizar la dinámica de “Distorsión en la comunicación”. Se pide a dos personas voluntarias que salgan fuera del aula y se les explica que cuando entren, una de ellas debe contar algo importante a la otra, para ello, se sentarán frente a frente. Al resto de los y las participantes se les explica que deben hacer lo posible para que las dos personas voluntarias no puedan comunicarse, haciendo ruido, llamando su atención, etc.
- Realizar la dinámica de la “Escucha activa 1”. Nos ponemos por pareja, una persona habla y la otra escucha, esta última debe repetir lo que le han contado.
- Explicar los elementos de la escucha activa:
 - Mirar a los ojos.
 - Asentir con la cabeza.
 - Esperar a que llegue tu turno de palabra.
 - Pensar en lo que está diciendo.
- Realizar la dinámica de la “Escucha activa 2”. Ahora se dividen en grupos de tres, donde una persona hace de observador. Las otras dos personas deben contarse algo y el observador debe tener en cuenta los elementos de la escucha activa.



- Valoración de los observadores.
- Se reflexiona sobre las actividades realizadas haciendo un debate sobre la importancia de la escucha.

Habilidad social 2: Conversar y comunicarnos

Dinámicas de comunicación:

a) **“Ejercicio para saber escuchar”**. El dinamizador o dinamizadora sin previa introducción al tema a tratar menciona de forma casual al grupo *“... algunos de ustedes quizás leyeron este artículo en el periódico el otro día..”*, comenzando a leer en voz alta todo el artículo.

Cuando termine, sólo verá caras de aburrimiento o desinterés. Seguidamente saca un billete de 10 dólares y les dice *“Voy a hacer algunas preguntas respecto al artículo que acaban de oír y quien las conteste todas, se gana este billete”*. Lee ocho o diez preguntas que ya haya preparado (por ejemplo, nombres, fechas, lugares, etc.). Con toda seguridad muy pocas personas podrán contestar todas las preguntas de forma correcta.

PREGUNTAS PARA DISCUSIÓN:

- Oyeron esa noticia pero muy pocas personas la recuerdan muy bien. ¿Por qué?
- ¿Por qué no escuchamos? ¿Es este un caso típico? ¿Qué se puede hacer para mejorar la habilidad de saber escuchar?
- Si les hubiera dicho desde el principio que podían ganar dinero, ¿habrían escuchado con más atención? ¿Por qué? y ¿Cómo podemos lograr que nos escuchen mejor (sin recompensas monetarias)?

b) **“Juego del teléfono”**: Escribimos un mensaje más o menos largo. Las personas participantes se colocan en fila (se puede hacer por equipos si se considera conveniente). La primera de las personas participantes debe transmitir a la segunda el mensaje al oído y así sucesivamente. Comprobamos qué mensaje ha llegado a la última persona.



Texto:

“483 personas han quedado atrapadas bajo un derrumbe producido por una explosión. Cuando pasó el peligro se iniciaron las labores de rescate. Al lugar llegaron personas voluntarias que llevaron vendas, medicamentos y otros materiales sanitarios. Pero resulta que realmente no fue una explosión, sino un secuestro; porque hay gente con mucho dinero entre los atrapados”.

c) **“La persona perdida”**: Se pide a una persona que salga del aula y se le explica que debe actuar como detective. El resto del grupo debe elegir a alguien del grupo o a un personaje conocido. A través de preguntas el voluntario o voluntaria debe adivinar quién es la persona perdida. El resto del grupo sólo puede responder si o no.

d) **“La regla del juego”**: Un/a voluntario/a sale del lugar y el resto elige una regla. Esta persona debe averiguar cuál es la regla haciendo preguntas al resto de las personas. Las reglas pueden ser visuales (rascarse la cabeza) o estructurales (los vamos a seguir estos talleres para mejorar nuestra salud mental).

e) **“Distorsión en la comunicación”**: Se pide a dos personas (voluntarias) que salgan fuera del aula y se les explica que cuando entren se van a sentar una frente a la otra, y que deben contarse algo importante. Al resto de las personas participantes se les explica que deben hacer lo posible para que estas dos personas no puedan comunicarse, haciendo ruido, llamando su atención, etc.

Debatir sobre la importancia de la comunicación, las dificultades con las que nos encontramos, etc.

4. Evaluación

5. Cierre

SESIÓN N° 8

Objetivos



- Analizar qué lugar ocupa cada miembro de nuestra familia.
- Analizar qué elementos son importantes para que funcione bien la familia.
- Descubrir la importancia de la comunicación.
- practicar otras formas de relajación
- Analizar qué valores y cualidades son importantes para cada persona.

Materiales/Recursos:

- Fichas con valores.
- música de relajación
- grabadora

Tiempo: 3 horas

1. Ejercicio de la sesión 1

2. ENTRENAMIENTO AUTÓGENO. SCHULTZ.

Schultz trató, con este método, que los seres humanos fueran capaces de obtener los beneficios que aporta la hipnosis sin someterse a la voluntad de otra persona.

En muchas ocasiones se considera a este método como una técnica de auto-hipnosis, pero en realidad no es del todo así, ya que una exigencia del entrenamiento autógeno es mantenerse todo el tiempo completamente consciente, con la atención despierta y con toda la capacidad de observación disponible.

Las instrucciones de este procedimiento siguen un orden claro y conciso, en el que se plantean un grupo de ejercicios a realizar progresivamente, a medida que percibamos que las sensaciones sugeridas se van consiguiendo.



Schultz recomienda la postura sentada como la preferente en su técnica, aunque también podemos comenzar con sus ejercicios tumbados cómodamente sobre una colchoneta o en la cama. En ocasiones en que nos encontramos muy cansados podemos hacer el primer ejercicio de Schultz en la cama con el objetivo de dormirnos rápidamente y descansar profundamente. El ejercicio de sensación de peso nos facilita una entrada voluntaria en el sueño extremadamente agradable.

A lo largo del entrenamiento se sugiere la frase: “estoy en calma”, o “estoy tranquilo, muy tranquilo”. No debemos tomarla como una frase que se ha de hacer realidad de inmediato, más bien nos orienta hacia donde se dirige el ejercicio. Utilizamos las frases como una indicación para llegar al estado sugerido. Si las entendemos así todo va mejor, porque, en caso contrario, puede suceder que tras la frase: “estoy muy tranquilo, muy tranquilo”, aparezca una especie de sorpresa o de diálogo interno, en el que uno piensa que no está tranquilo y el ejercicio dice que sí, con lo cual no hay relajación.

Los pasos a seguir son:

Primer ejercicio:

La frase utilizada es: “Mi brazo derecho pesa mucho.” Se acompaña de la frase “estoy tranquilo, muy tranquilo.” También: “mi respiración es tranquila, estoy en calma.”

En las primeras sesiones las repeticiones pueden ser simplemente una o dos, hasta sentir la sensación de peso del brazo y una cierta sensación de relax. Entonces abandonamos el ejercicio. Pueden durar entre uno y tres minutos, a realizar dos o tres veces al día. A la finalización del ejercicio flexionamos y extendemos el brazo con vitalidad y volvemos al estado de vigilia con una cierta sensación de relax que nos acompaña.

Más adelante el número de repeticiones de la frase “mi brazo derecho pesa mucho” se incrementará hasta seis. Iremos repitiendo de forma pausada y



lenta, percibiendo la sensación de peso con atención, nos repetiremos “estoy tranquilo, muy tranquilo”, y pasaremos al otro brazo, posteriormente dirigiremos la atención a la pierna derecha y a su sensación de peso, y a la pierna izquierda. Siempre que cambiemos de una extremidad a otra nos repetimos “estoy tranquilo, muy tranquilo”, o incluso: “mi respiración es tranquila, muy tranquila”. De esta forma la duración del ejercicio se incrementa hasta los veinte minutos, o incluso algo más. Las sensaciones de peso resultan agradables y coinciden con un estado de relajación muscular. En el extraño caso de que aparezca tensión o alguna otra sensación desagradable abandonaremos el ejercicio. En caso contrario podemos prolongarlo mientras resulte relajante y satisfactorio.

Segundo ejercicio:

La frase utilizada es: “Mi brazo derecho está muy caliente”. Se acompaña de la frase “estoy tranquilo, muy tranquilo”. También: “mi respiración es tranquila, estoy en calma”.

Puede acompañarse de una visualización del calor del sol sobre el brazo, o del calor de una estufa que incide sobre él. No hay prisa alguna, recordamos que la frase es una orientación, y que la sensación no se ha de producir de inmediato. La paciencia es una buena compañera en los ejercicios de relajación. A veces la sensación se produce sola durante los ejercicios de peso, otras veces tarda un poco más. No hay problema, siempre aparece y le acompaña una sensación muy agradable de relajación muscular. Realmente, al fijar la atención en el brazo aumenta levemente el riego sanguíneo y la temperatura aumenta.

Proseguimos como en el ejercicio de peso, en cuanto a duración inicial y posterior, así como en el número de repeticiones y la generalización de las sensaciones a las extremidades. La vuelta al estado de vigilia puede hacerse flexionando y extendiendo los brazos, o simplemente abriendo y



cerrando los puños de las manos, tomando aire con más intensidad y abriendo los ojos.

Tercer ejercicio:

La frase utilizada es: “Mi corazón late tranquilo”. Se acompaña de la frase “estoy tranquilo, muy tranquilo”. También: “mi respiración es tranquila, estoy en calma”.

Podemos comenzar con la sensación de los latidos en el brazo derecho, quizás los percibamos antes en la mano y especialmente en el pulpejo de los dedos, y después hacemos un recorrido por diversas zonas del cuerpo. Solo hacemos el ejercicio si percibimos que no se produce ninguna sensación desagradable. Si observamos que va apareciendo una sensación de calma, de paz, proseguimos, en caso de que surja cualquier sensación de ansiedad o similar lo abandonamos. Recordar que a algunas personas les molesta la percepción de su propio latido. No insistir en ese caso.

Proseguimos hasta repetir seis veces en los lugares en que centro mi atención: “mi corazón late tranquilo” o “mi corazón late fuerte y tranquilo”.

La vuelta al estado de vigilia puede hacerse flexionando y extendiendo los brazos, o simplemente abriendo y cerrando los puños de las manos, tomando aire con más intensidad y abriendo los ojos.

Cuarto ejercicio:

La frase utilizada es: “Mi respiración es tranquila”. Se puede acompañar de la frase “estoy tranquilo, muy tranquilo”.

Continuamos con el desarrollo del ejercicio tal como se ha ido explicando en los ejercicios anteriores, procuramos sentir y observar la respiración sin modificarla, procurando no actuar sobre la intensidad o la



duración de la misma, dejamos que la respiración suceda libremente y observamos. Luego, iniciamos la vuelta al estado de vigilia como en los demás ejercicios.

Quinto ejercicio:

La frase utilizada es: “Mi plexo solar irradia calor”. Se acompaña de la frase “estoy tranquilo, muy tranquilo”. La vuelta al estado de vigilia como en los demás ejercicios.

Sexto ejercicio:

La frase utilizada es: “Mi frente está fresca”. Se acompaña de la frase “estoy tranquilo, muy tranquilo”.

Se puede acompañar de una visualización en la que imagino el frescor de la brisa cuando incide sobre mi frente en un día caluroso.

Procedemos como en el resto de los ejercicios en lo que se refiere a duración, y finalización del mismo.

El aprendizaje de este ciclo del entrenamiento autógeno de Schultz requiere entre tres meses y un año. La duración de cada ejercicio puede oscilar entre cinco minutos y media hora. Podemos observar que conforme aumenta la práctica, el tiempo parece extenderse por sí mismo. Al principio es recomendable una duración más breve, de alrededor de cinco minutos, realizando el ejercicio tres veces al día. Poco a poco iremos incrementando la duración del ejercicio y con ello sus efectos se ampliarán y se mantendrán en el tiempo.

Los efectos de que hablamos se refieren en esencia a un aumento de los niveles de calma, expresados en la práctica por una menor afectación en relación a los sucesos internos y externos, una disminución del tono muscular (relajación muscular), y en suma, una sensación de tranquilidad



que perdura a lo largo del día, incluso en situaciones en que antes era impensable. En resumen, obtendremos mayor autocontrol y un aumento de las posibilidades de disfrutar de la vida.

Es importante resaltar que el entrenamiento autógeno no es un estado de hipnosis, ni un estado de sueño, ya que nuestra atención está muy presente, es un estado similar, aunque diferente. Un estado de relajación en el que algunas de nuestras funciones superiores parecen estar a nuestra disposición, una emoción tranquila, un pensamiento claro, surgen con su práctica, aparecen, como aparece la calma.

RELACIONES FAMILIARES

1. Pedir a las participantes que comparen a los miembros de su familia con las personas que intervienen en un partido de fútbol y que expliquen qué posición ocuparían cada uno/a de ellos/as y por qué.
2. Buscar entre todas los elementos importantes para que funcione bien la familia y analizarlos.
3. Debatir en el grupo la importancia de la comunicación en la familia.

SUBASTA DE VALORES

1. Se hacen tarjetas con valores y cualidades.
 2. Se les otorga cien puntos a cada participante.
 3. Se realiza una subasta de valores y cualidades. Cada persona pujará por el/los valor/es o cualidad/es que crea que es más útil para su vida.
 4. Puesta en común:
 5. Cada participante dirá qué cualidades ha elegido y cuánto ha pagado por cada ficha.
- ¿Están satisfechos/as con la fichas elegidas o les hubiera gustado elegir otras?



- ¿Crees que las que has elegido son importantes y necesarias para la vida?
¿Por qué?
- ¿Las que has elegido son parecidas, tienen el mismo objetivo?
- ¿Cuáles de las que has elegido posees tú? ¿Cuáles te gustaría tener?
- ¿De las cualidades que posees, cuáles has construido solo/a y en cuáles has tenido modelos?

LA PIRÁMIDE DE LA VIDA

Objetivos:

- Valorar qué es lo que les interesa en la vida.
- Descubrir cómo pueden sentirse felices y autorrealizarse como personas.

Materiales/Recursos: Cartulina y rotuladores para cada participante.

1. Escribir en diez minutos una lista con las cosas, personas, cualidades, etc. que crean necesarias para tener una vida feliz.
2. Dibujar en una cartulina la cara de una pirámide, colocar desde la base las cosas más importantes.
3. Cada participante debe explicar su pirámide.
4. Puesta en común:
 - ¿En mi pirámide he olvidado cosas importantes?
 - ¿Estoy seguro/a de que en mi vida quedan satisfechas las necesidades y afirmados los valores que he dibujado en mi pirámide?



- ¿Quién asegura que yo pueda satisfacer mis exigencias más importantes?
¿Dependen de otras personas?

- Actualmente, ¿qué valor y qué necesidad está más en el centro de mi atención?

3. Si en este momento la muerte me sorprende que diría en mi lapida

.....
.....
.....
.....
.....

Si fallezco después de 10 años quisiera que diga la lápida?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Evaluación: Cómo seguir controlando mi presión arterial, que he aprendido a valora de mi enfermedad, puedo seguir con una vida sana?

5. Cierre



TALLER PARA PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL

Objetivos

- Brindarle al médico herramientas psicosociales para lograr niveles de empatía con el paciente.
- Desarrollar una conciencia del estar en los zapatos del otro. Estado de rapport y niveles de empatía

Tiempo: 3 horas

Materiales

- Hojas con la dinámica
- Papelito con los nombres de cada persona

1. Saludo y ambientación.-

2. Dinámica.-

El cuadro: se hace entrega a cada participante de un cuadro con diferentes afirmaciones. Por ejemplo: alguien que calce el mismo número que yo. En cada casilla deben conseguir la firma de algún compañero o compañera que cumpla con esa afirmación. Finalmente se hace una puesta en común.

Adivina quién es: Se escribe en un papel el nombre de cada persona del grupo. Cada persona debe coger uno y explicar al resto de quién se trata a través de la mímica.

3. Acogida.- una de mis palabras positivas favoritas es....porque...

4. Dinámica

Juego del teléfono: Escribimos un mensaje más o menos largo. Los y las participantes se colocan en fila por equipos y la primera persona debe transmitir a la segunda el mensaje al oído y así sucesivamente. Comprobamos con el portavoz de cada equipo cuál de ellos transmitió el mensaje más completo.



Dibujando a ciegas: Uno de los participantes con los ojos tapados tendrá que realizar un dibujo, según ordene el dinamizador. El trabajo de los y las compañeros/as será guiarlo verbalmente, para que el resultado sea lo mejor posible. El segundo participante tendrá que hacer lo mismo, y así sucesivamente hasta terminar la actividad.

Los dibujos a realizar son los siguientes:

- Una casa con dos ventanas y una puerta
- Un árbol junto a la casa
- El sol sobre la casa
- Una vaca detrás de la casa

5. Círculos concéntricos.- Círculos concéntricos: Se distribuye al grupo en dos subgrupos, (uno-dos; blanco-negro; según el ánimo del grupo). Los número 1 se levantan con su silla y se sientan al frente del número 2, cada persona con una pareja.

6. Dinámica

6.1 SI-NO-EN PARTE

Creencias y estereotipos frente a la falta de adherencia terapéutica

Existe total desconocimiento de la importancia del tratamiento

Los médicos no tenemos tiempo para hacer seguimiento al paciente

Los pacientes tienen siempre dificultades para comprender el régimen terapéutico.

Los pacientes se desmotivación continuamente

Irresponsabilidad personal.

Creencias de no producir daños o secuelas la enfermedad.

Escaso conocimiento de la enfermedad.

Agotamiento de las prescripciones.

Mejoría del estado de salud.



No comprensión de las indicaciones.

Bajo nivel cultural

Olvido.

Falta de apoyo familiar.

Efecto secundario de los medicamentos

Intención de consumir alcohol.

7. Dinámica.- A ponerse en el lugar del otro.

Los lazarillos: se reparte al grupo en parejas, una de las dos personas debe cubrirse los ojos con una venda y el compañero debe ayudarlo a orientar por el espacio de la sala. Luego el compañero que hizo de guía debe ser ahora el que se tape los ojos.

Para la reflexión:

- Qué experiencias pudimos sentir, al estar sin el sentido de la vista?

8. JUICIO AL PERSONA DE LA OBRA

Esta dinámica tiene como finalidad concienciar sobre la importancia de estar en los zapatos del paciente. Al grupo entero se le entrega el caso de un paciente que por falta de adherencia terapéutica se encuentra en estado crítico de salud, pero también a eso se suma otros factores como la poca relación que tuvo con su médico y personal de enfermería. La familia también tiene mucho que ver pues no lo apoyaban lo suficiente para que el paciente tenga redes de apoyo y se sienta apoyado. La idea es encontrar al responsable de la situación y sentenciarlo.

El grupo tiene que ponerse de acuerdo y encontrar entonces:

- El acusado
- El abogado acusador
- El abogado defensor
- El juez
- El tribunal



- Testigos de ambas partes
- Medios de comunicación
- Etc.,

Se pone en escena la obra. Una vez concluida la misma se analizan las situaciones tratando de conseguir conclusiones que sirvan para los pacientes de los asistentes.

9. MOTIVACION

Se dará a cada participante un conjunto de láminas que son fichas para estimulación neuropsicológica, la persona que lo haga en el menor tiempo posible se le asignara un premio.

10. EVALUACION

- Análisis del taller
- Ejercicios que pueden ayudar al paciente
- Compromisos
- Evaluación

11. CIERRE



TALLER Y GUIA PRÁCTICA PARA FAMILIARES DEL PACIENTE HIPERTENSO

OBJETIVOS

- Dar información clara sobre las causas, los síntomas y el pronóstico del Paciente hipertenso.
- Dar información sobre la adherencia tratamiento para un mejor pronóstico de la enfermedad.
- Resaltar la función de agente terapéutico que tiene la familia, la dinámica y su funcionalidad.
- Entrenar a los familiares para resolver los problemas que surgen en la convivencia con la persona hipertensa.
- Mejorar la autovaloración y confianza de la familia.
- Evitar que la familia se aisle del paciente, promoviendo buenas relaciones y redes de apoyo para el paciente hipertenso.
- Generar intercambio de experiencias entre los familiares participantes, que les permita ampliar la gama de recursos para enfrentar situaciones difíciles.

Tiempo: 5 horas

Materiales

- Papelógrafos
- Marcadores
- Cinta masquink

CONSIDERACIONES GENERALES

Los conocimientos actuales indican que un programa de información y educación dirigido a las familias debe formar parte de cualquier tratamiento integral de la hipertensión. Tal programa, entonces se vuelve un instrumento más, que debe complementar las actividades y servicios ya existentes.



Para el/los coordinadores:

- La información importante debe ser clara y de valor práctico para los problemas que plantea la convivencia con el paciente.

Es necesario:

- Fomentar la participación activa de las familias.
- Enfatizar la realización de las tareas para casa.
- Asegurar la confidencialidad de las informaciones personales aportadas.
- Iniciar las reuniones puntualmente.
- Mantenerse al día sobre los conocimientos acerca de la hipertensión

Para las familias:

- Acudir a las reuniones con puntualidad y - en lo posible - a todas las reuniones programadas.
- Participar de forma activa en las reuniones preguntando dudas y aportando sugerencias y experiencias personales.
- Opinar sobre la marcha del taller: qué es valioso y qué se podría cambiar.
- Mantener el secreto sobre lo que se oye en las reuniones acerca de los distintos casos

Atención Primaria

Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales (relajación, reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, técnicas para mejorar las relaciones afectivas con el paciente hipertenso.

Se aconseja la realización de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud.



Los talleres grupales, deben tener una duración de al menos 8 sesiones (1 por semana), realizarse de forma reglada y ser dirigidos por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria en salud mental.

1. PRESENTACIÓN Y BIENVENIDA.- Los participantes se presentaran de la siguiente manera:

Todos los integrantes deben escoger una cualidad positiva con la letra inicial de su nombre, es decir si la persona se llama Luis, escogerá con la letra L, por ejemplo luchador, libertador, leal, etc. Y cuando sea ya de presentarse debe explicar al grupo porque escogió ese calificativo.

2. ACOGIDA.-

Una vez que hice feliz a alguien.....

3. DINAMICA.-

Aros encontrados

El grupo forma un círculo, estando de pie, y se toman de las manos. El facilitador pone un aro (ulaula grande) sobre el hombro de un participante y en otro extremo a otro compañero. Explica que el objetivo es pasar los aros por el cuerpo sin soltarse de las manos. Y si los dos aros se encuentran la persona sale del grupo.

4. EJERICICIO DE REFLEXION.-

RESOLUCION DE CONFLICTOS EN 6 PASOS

Dividir al grupo en 4 o 5 personas. Escribir los 6 pasos y la escena en papel rotafolio (material de apoyo). Explicar que cada grupo es una familia pide a los participantes asignan los papeles en su grupo.

Trabajando dentro de sus papeles y usando los pasos de resolución de problemas en seis pasos, los grupos llegarán a una solución para el problema. Todos los miembros de la familia deben estar de acuerdo con la solución.



Los grupos apuntarán sus resultados en el papel rotafolio y al terminar el ejercicio, un voluntario del cada grupo presentará su trabajo y explicará cómo llegaron a una solución.

Los conflictos son los siguientes:

- a. - Mujer de 60 años que debido a un mal tratamiento de la hipertensión se ha caído en dos ocasiones fracturándose en la primera caída su pierna derecha, después de un año se cae por segunda vez y ahora tiene una fractura de su muñeca de la mano izquierda, pero no quiere seguir un tratamiento para controlar su medicación.
 - Es viuda desde hace 6 años
 - Sus hijas quieren ayudarla pero debido a que ella no colabora se están alejando de su madre
- b. Hombre de 67 años de edad jubilado le ha dado un pre-infarto, a tiempo recibió atención.
 - Su esposa es profesora aun no jubilada y no tiene tiempo para dedicarse a cuidarlo.
 - El problema de esta familia es que tienen que resolver quién cuida al padre hipertenso y después de la recaída de salud que casi lo llevó a la muerte.
- c. La tercera familia es una mujer que vive absolutamente sola pues sus hijos y esposo migraron hace 15 años a España, ella tiene todas las posibilidades para llevar una vida saludable, pero debido a la situación emocional no siempre toma a tiempo sus medicamentos y su presión alta le ha traído serios problemas.

Si el número de participantes excede los 20 se pueden poner más casos para la solución del conflicto familiar.

5. DINAMICA.-

Fuego en la montaña



Con los participantes paraos en círculo, se pide que se numeren 1,2; 1,2; empezando con el facilitador. Esta dinámica requiere de un número impar. Pide a los participantes del número 2 a tomar dos pasos adelante, formando un círculo. Este no debe ser muy cerrado. Pide a los del círculo interior (los 2) a levantar sus brazos arriba de sus cabezas para formar la “Montaña” exterior caminarán alrededor de la montaña hasta que el líder dice “Fuego en la montaña”. Luego para encontrar protección, los del círculo exterior (los número 1) pasan adentro del círculo interior y se paran enfrente de alguien allí. Esta persona dará protección bajando sus manos sobre los hombros de la persona enfrente de él. Demuestre esto, pasando adentro del círculo interior y pidiendo que alguien allí lo haga.

Debido a que el círculo exterior tiene una persona más que el círculo interior, alguien no tendrá protección. Esta persona se convierte en el líder. Los que eran la “montaña” ahora toman un paso por atrás junto con el nuevo líder. Ahora caminarán alrededor de la montaña hasta que el nuevo líder dice “fuego en la montaña”

6. EJERCICIO DE REFLEXION.- SOCIODRAMAS

- Seleccione un conflicto de interés del grupo en relación a la falta de adherencia terapéutica de su familiar. Se divide al grupo en subgrupo de 5 o 6 personas como máximo.
- Los integrantes deben escoger nombres ficticios que resulten graciosos.
- Se deja actuar a los participantes sin anticipar al final,

7. ALEGRE.-

Palmadas rítmicas

Pide a todos a cerrar los ojos y empezar a aplaudir cuando gusten. Normalmente, esto empieza siendo muy caótico, y luego, poco a poco, todos cambian y se crea una experiencia única de sonido.



Termina el ejercicio cuando se abren los ojos o el ritmo empieza a disminuir.

8. EJERCICIO DE RELEXION.-

MENSAJES YO –La fórmula

Propósito: para buscar la resolución a un problema o expresarse sin atacar a la otra persona. Se enfoca en la conducta y los sentimientos que estas conductas provocan.

FORMULA

CUANDO

ME SIENTO

PORQUE

1. Clarificar que significa la palabra “emociones”

EMOCIONES	ESTADOS DE ANIMO	COMPARACIONES
Siento...	Siento...	Siento...
Enojo	Excluido	Como un volcán explotando
Herido	Una falta de respeto	Como una cosa que no vale
Triste	Solo	Como un juguete....

Aunque no alentemos el uso de las groserías, tenemos que reconocer que alguien que necesita encontrar sus emociones necesita saber que todas sus palabras son aceptables. Esta estrategia servirá mucho a la familia a la hora de hablar con su familiar hipertenso para ayudarlo a procesar los duelos y situaciones que impiden su falta de adherencia terapéutica.

2. Presentando la fórmula para los mensajes Yo y su práctica.

- a. Pedir al grupo a ofrecer ejemplos de las cosas que les enoja, irrite o moleste, pedir 6 o 7 de estos y escríbelos sobre el rotafolio.
- b. Escribe la fórmula en papel rotafolio y colócalo en la pared.



c. Explica que los mensajes Yo son una manera de evitar conflictos o situaciones para que la comunicación y no la confrontación pueda entrar.

d. Luego en parejas trabajamos sobre otros temas que necesitan mensajes Yo:

- Mi mama es hipertensa pero solo toma la medicación cuando esta son sintomatología de la presión alta.
- Mi suegro ha sufrido varias veces intento de derrame, debido a que toma el medicamento de vez en cuando además ingiere alcohol casi todas las semanas. Y a la familia la tiene muy decepcionada.
- Mi padre no quiere colaborar con la dieta baja en sal ni en grasas, afirma que algún día a de morir de algo.

9. EVALUACION.-

Se pide a los participantes que en cartulinas pequeñas escriban sus conclusiones a las que llegaron. Y las sugerencias para el próximo taller.

10.CIERRE.-



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD MENTAL

Cuestionario sobre atribuciones causales

A continuación le presentamos un listado de posibles causas por las cuáles muchos pacientes hipertensos no realizan su tratamiento. Mencione en la columna izquierda cuáles Ud. considera son las causas por las cuales los pacientes hipertensos no mantienen o siguen el tratamiento orientado o prescrito.

Señale en la columna derecha el orden de significación o importancia que usted le concede a cada una comenzando por el 1 la más importante y así sucesivamente en el orden de significación que Ud le concede.

Si considera que existen otras que no han sido mencionadas aquí. Puede incluirlas en el listado.

- | | |
|--|-------|
| ___ Desconocimiento de la importancia del tratamiento | _____ |
| ___ Inadecuado seguimiento por el Medico y la enfermera | _____ |
| ___ Complejidad del régimen terapéutico. | _____ |
| ___ Desmotivación del paciente | _____ |
| ___ Irresponsabilidad personal. | _____ |
| ___ Creencias de no producir daños o secuelas la enfermedad. | _____ |
| ___ Escaso conocimiento de la enfermedad. | _____ |
| ___ Agotamiento de las prescripciones. | _____ |
| ___ Mejoría del estado de salud. | _____ |
| ___ No comprensión de las indicaciones. | _____ |
| ___ Bajo nivel cultural | _____ |
| ___ Olvido. | _____ |
| ___ Falta de apoyo familiar. | _____ |
| ___ Efecto secundario de los medicamentos. | _____ |
| ___ Intención de consumir alcohol. | _____ |



ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POST GRADO

MAESTRIA EN SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Le comunicamos que la presente investigación tiene como fin conocer aspectos sobre su enfermedad y sobre Ud: sus opiniones, creencias, preocupaciones, vivencias, saberes, para lo cual solicitamos su ayuda y voluntariedad. Le aseguramos que lo abordado se utilizará de manera confidencial cuidando la identidad de los participantes y la autorización de Ud. sobre el material a mostrar.

Dra. Lucia Iñiguez A

Psicorrehabilitadora

Yo _____ acepto participar en la investigación conociendo los objetivos de esta así como, que expresaré mis opiniones, creencias, conflictos, experiencias y vivencias, y que estas serán respetadas y empleadas adecuadamente.

Firma: _____



Anexo Nº 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD MENTAL

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

El entrevistador deberá explicar al sujeto la importancia de este estudio / evaluación y la naturaleza confidencial de la entrevista. “Me gustaría hacerle una serie de preguntas sobre Ud. para poderme hacer una idea general de la situación.

NOMBRE Y APELLIDOS: -----

1.-SEXO:

Masculino

Femenino

2.- EDAD:----

3.-ESTADO CIVIL:

Casado/a o vive con pareja

Soltero/a

Viudo/a

Separado o divorciado/a.

4.- OCUPACIÓN:

No trabaja

Incapacidad laboral

Trabajando

Pensionado /jubilado

Estudiante

Otros

5.- CONVIVENCIA:

Vive con el cónyuge

Vive con los padres.

Vive con los hijos.

Vive con parientes o amigos/as.

Vive con diferentes miembros de la familia(primos ,tíos , sobrinos , abuelos).

Vive solo.



6.-DIAGNÓSTICO CLÍNICO QUE

POSEE:.....

.....

.....

7.- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Hace un mes más o menos

De 1 a 3 meses

De 3 meses a 1 año.

De 1 a 2 años.

De 3 a 5 años.

De 5 a 10 años.

Más de 10 años.

8.- GRADO DE ESCOLARIDAD.

(NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO).

Primaria

Secundaria

Pre-universitario.

Técnico medio.

Universitario

9.- HA SIDO INGRESADO EN EL ÚLTIMO AÑO:

No ha sido ingresado.

Un ingreso.

Dos reingresos

Tres reingresos o más.

10.- SITUACIÓN ECONÓMICA.

Buena

Regular

Mala

11.- SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

Buena

Regular

Mala

12.- TIEMPO QUE LLEVA EL SUJETO EN EL BARRIO:

Menos de 6 meses



De 6 meses a 2 años

De 2 a 5 años.

De 5 a 10 años

Más de 10 años.

Toda la vida.

13.- PROCEDENCIA

Urbana

Rural



ANEXO 5



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD MENTAL**

TEST DE MORISKY-GREEN:

Muchas personas encuentran difícil tomar sus medicinas como sus médicos les dicen que hagan. Responda a las siguientes preguntas de manera franca.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar las medicinas para la hipertensión arterial?

Si: _____

No: _____

2. Estime el número de olvidados en el último mes y los motivos por las que se olvida

.....
.....
.....
.....

3. ¿Toma la medicación a la hora que le dijo el médico?

Si: _____

No: _____

4. ¿Cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación?

Si: _____

No: _____

5. ¿Si le sientan mal las pastillas deja UD de tomarlas?

Si: _____

No: _____



ANEXO N° 6



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD MENTAL

TEST DE BATALLA

Responda a las siguientes preguntas:

1.- ¿Estima que la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida?

Si: _____

No: _____

2.- ¿Cree que la hipertensión arterial se puede controlar con dieta o con medicación?

Si: _____

No: _____

3.- Diga dos o más órganos que pueden afectarse por tener elevada la presión arterial:



ANEXO N° 7



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POS GRADO
MAESTRIA EN SALUD MENTAL

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En la escala análoga visual que a continuación le presentamos con valores de 0 a 100% y anclajes desde nada capaz a completamente capaz señale con una cruz las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Hasta qué punto se siente Ud. capaz de seguir el tratamiento tal como lo ha prescrito su médico?

nada capaz (0)

completamente capaz(100)

2. ¿Cree Ud. que puede sostener un tratamiento de por vida?

Si_____

No_____

3. Señale en la escala: ¿cuánto confía en lo que acaba de decir?

(0)

(100)

1. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir la medicación?

(0)

(100)

2. Evalúe su nivel de malestar usando la escala de 0 a 100 respecto al no cumplimiento de las indicaciones médicas

(0)

(100)



ANEXO 8



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD MENTAL
CUESTIONARIO DE ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD**

Nombre:.....

Edad:Sexo:.....

1. Conocimiento de su enfermedad:

a) Su información sobre la enfermedad proviene de:

___ Médico ___Familiares ___Libros

___Experiencias personales de enfermedades anteriores ___Libros ___Amigos

___Otras Cuáles?

b) Considera que su médico es claro con las indicaciones que le da en la Consulta?

Si___ No___ Por qué

c) Cómo definiría la relación con paciente-médico:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Cuáles son las razones?.....

.....

d) Considera que su enfermedad es:

___Curable del todo ___Incurable ___Curable en parte ___Curable con recaídas

___Controlable

e) Causas de la enfermedad:



___Sanguínea ___Trasmisión sexual ___De madre a hijo

f) Hábitos tóxicos y Dieta alimentaria

___Café ___Dieta ___Sal ___Grasas ___Alcohol ___Drogas ___Huevo
___Carne

___Obesidad ___Sedentarismo ___Otros

g) Conflictos psicológicos, emocionales, afectivos:

___Stress ___Traumas ___Disgustos ___Ansiedad ___Muerte ___Otros

h) Consecuencias de la enfermedad:

___Limitaciones físicas ___Limitaciones psicológicas (Disminución de la capacidad intelectual) ___Pérdida del puesto de trabajo ___Preocupación familiar exagerada ___Ninguna consecuencia ___Muerte ___Disminución de la efectividad para resolver los problemas familiares.

2. Síntomas emocionales vivenciales:

i) Ante la crisis de su enfermedad Ud. se siente:

___Deprimido ___Angustiado ___Preocupado ___Cansancio facial ___Falto de iniciativa ___Irritable ___Nervioso ___Inquieto ___Ansioso ___Emotivo
___Lloroso ___No siento nada

j) Cómo experimenta esos síntomas:

___Con mucho miedo ___Con miedo ___Prácticamente no me afecta ___No me afecta en absoluto

k) Cuáles de estos síntomas limitan su actividad diaria:

___Fatiga ___Insomnio ___Dolor de cabeza ___Dolor torácico ___Disnea
___Nerviosismo ___Palpitaciones ___Sudoraciones ___Miedo ___Calor

- **Visión de la enfermedad:**

___Angustiosa ___Muy preocupante ___Algo preocupante

- **Su enfermedad le preocupa:**

___Muy a menudo ___A menudo ___Diariamente ___Casi nunca

- **Con qué frecuencia habla Ud. de su enfermedad:**



Varias veces al día Diariamente Varias veces a la semana Casi nunca

- **Cómo se conduce Ud. ante la vida:**

Soy pesimista Soy optimista Estoy insatisfecho No me preocupa excesivamente No me preocupo por mis problemas Reservado

- **Mis amigos y familiares:**

Se preocupan excesivamente por mi Mantienen una actitud adecuada Me son indiferentes No se preocupan por mi Me molestan

