

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN MANEJO EMOCIONAL SOBRE LAS CIFRAS DE
TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

MARIA FERNANDA ENRIQUEZ VILLOTA

CLAUDIA ESTELA PALACIOS PALACIOS

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO

2002

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN MANEJO EMOCIONAL SOBRE LAS CIFRAS DE
TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

MARIA FERNANDA ENRIQUEZ VILLOTA

CLAUDIA ESTELA PALACIOS PALACIOS

DIRECTORA GENERAL DE TESIS: Dra. Sonia Betancourth

DIRECTOR ESTADISTICO: Dr. Hernán García

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SAN JUAN DE PASTO

2002

NOTA DE ACEPTACION

DIRECTOR

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

Nuestra más sincera gratitud a quienes aportaron un granito de arena para que este proyecto sea hoy una realidad:

Dra. Sonia Betancourt: Por sus valiosos aportes profesionales y el afecto y paciencia con que nos guió en nuestro camino investigativo.

Dr. Hernán García: Por su importante colaboración en la construcción de las bases estadísticas que avalan este proyecto.

Dr. Leonidas Ortiz y Dr. Gerardo Restrepo: Por la atención prestada a nuestras dudas e intereses.

Grupo de participantes en nuestro estudio: Sin cuyo apoyo incondicional hubiera sido imposible realizar esta investigación.

DEDICADO A

A *DIOS* por su inmensa generosidad, al llenarme de vida y permitirme aprender que el amor es siempre una fuente interminable de inspiración.

A *Hugo* mi padre por su apoyo, cariño e infinita fé en mi, motor de mis ganas de triunfar.

A *Della* mi madre por su esfuerzo, sacrificio y el inagotable amor que siempre he recibido, por haberme enseñado que la vida cobra sentido cuando la ternura y la fuerza nos acompañan.

A *Jesús Andrés* mi hermano quien con su aguda inteligencia me mostró siempre mejores caminos y nuevas formas de pensar.

A *Camila* mi hermana por su cálida compañía y brillante complicidad a la hora de alcanzar mis sueños.

Eternamente agradecida

Maria Fernanda

DEDICADO A

A *Rosalba*, mi madre: mujer luchadora y abnegada bajo cuya inspiración han brotado y florecido todos mis sueños, a quien debo todo lo que soy y seré; por su apoyo sin condiciones, sus consejos de gran inteligencia, su confianza siempre dicha y sus silenciosos sacrificios.

A *Lorena*, mi hermana: mujer emprendedora e inteligente cuya palabra llena de sabiduría calidez y fortaleza nacida de la experiencia ha cimentado mi lucha en el día a día; por su comprensión en todo momento, su cariño constante y su invaluable compañía

A *Dios*: bastión último de todas mis luchas, triunfos y derrotas, guía de todos mis caminos, fuente de inspiración y energía.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera han formado parte de mi vida, de mis sueños.

Claudia

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
TABLA DE CONTENIDOS	
Resumen	11
INTRODUCCION	12
TEMA	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
FORMULACION DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACION	14
OBJETIVOS	16
Objetivo General	16
Objetivos Específicos	16
MARCO TEORICO	17
Psicología de la Salud	17
Hipertensión Arterial	18
Cuadro Clínico	20
Factores de Riesgo	20
Factores de Riesgo Constitucionales	20
Estilos de Vida Insanos	21
El Estrés	23
Estresor	23
Evaluación cognitiva	23
Reacción Emocional	24
Patrón de Conducta Tipo A	25
Manejo Emocional Inadecuado	27
La Inteligencia Emocional	31

Competencias	33
Reconocimiento de las Propias Emociones	33
Control de las Propias Emociones	34
La Ira	35
La Ansiedad	36
La Tristeza	37
Motivarse a Sí Mismo	38
Reconocimiento de las Emociones en los Demás	40
Manejo de las Relaciones Interpersonales	41
Terapia Cognitivo – Conductual	45
Terapia Conductual	45
Terapia Cognitiva	47
Técnicas	48
Refuerzo Sistemático	48
Modelamiento	48
Moldeamiento	48
Educación	48
Procedimientos de Modelamiento	48
Relajación Autógena	49
Relajación a Través de la Respiración	50
Detención del pensamiento	51
Solución de Problemas	51
Autoobservación	52
Autoreforzamiento	53
Role Playing	53
Empatía Adecuada a Nivel Primario	53
Psicoeducación	54

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	55
Tipo de Investigación	55
Variables	55
Variable Dependiente	55
Variable Independiente	55
Variable para el Análisis de Resultados	55
Universo	55
Población	55
Muestra	55
Instrumentos de Recolección de Datos	56
Toma de la Tensión Arterial	56
Contrato Conductual	57
Ficha de Control del Entrenamiento en Manejo Emocional	57
Ficha de Control Médico	57
Plan de análisis de datos	57
Hipótesis	58
Hipótesis de trabajo	58
Hipótesis estadísticas	58
Hipótesis nula	58
Hipótesis alterna	58
RESULTADOS	59
Promedio Inicial de las Cifras de Tensión Arterial (preprueba)	59
Clasificación Inicial por Tipos de Hipertensión	60
Programa de Entrenamiento en Manejo Emocional	60
Objetivos del programa	61
Descripción del programa	62
Fase I: Motivacional	62
Objetivo General	62

Objetivos Específicos	62
Metodología	62
Fase II: Preprueba	63
Objetivo General	63
Objetivos Específicos	63
Metodología	63
Fase III: Reconocimiento de las Propias Emociones	63
Objetivo General	63
Objetivos Específicos	63
Metodología	64
Fase IV: Control de las Propias Emociones	64
Objetivo General	64
Objetivos Específicos	65
Metodología	65
Fase V: Motivarse a Sí Mismo	65
Objetivo General	65
Objetivos Específicos	65
Metodología	66
Fase VI: Reconocimiento de las Emociones en los Demás	66
Objetivo General	66
Objetivos Específicos	66
Metodología	67
Fase VII: Manejo de las Relaciones Interpersonales	67
Objetivo General	67
Objetivo Específico	67
Metodología	67
Fase VIII: Terminación y Cierre	68
Objetivo General	68

Objetivos Específicos	68
Metodología	68
Fase IX: Postprueba	69
Objetivo General	69
Objetivos Específicos	69
Metodología	69
Fase X: Socialización de Resultados	69
Objetivo General	69
Metodología	69
Promedio final de las Cifras de Tensión Arterial (postprueba)	69
Clasificación final por Tipos de Hipertensión	70
Relación Preprueba – Postprueba	71
Relación Preprueba – Paquetes de Intervención	73
DISCUSIÓN	77
RECOMENDACIONES	83
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	85
REFERENCIAS	86
GLOSARIO	88
ANEXOS	

Lista de Tablas

Tabla 1 Tratamiento Hipertensivo p. 22

Tabla 2 Promedio Inicial de Cifras Tensionales de los Sujetos de la Muestra p. 59

Tabla 3 Tipos de Hipertensión en Preprueba p.60

Tabla 4 Promedio Final de Cifras Tensionales de los Sujetos de la Muestra p. 70

Tabla 5 Tipos de Hipertensión en Postprueba p. 71

Tabla 6 Datos Pareados p. 72

Tabla 7 Análisis de Varianza para Cifras de Tensión Sistólica p. 73

Tabla 8 Prueba de Duncan para Comparaciones Múltiples para Tensión Sistólica p. 74

Tabla 9 Análisis de Varianza para Cifras de Tensión Diastólica p. 76

Lista de Figuras

Figura 1 Distribución de Paquetes de Intervención por Efectividad p. 75

Resumen

Para determinar si un programa de entrenamiento en manejo emocional basado en técnicas cognitivo – conductuales tendría efectividad en la disminución de las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial, se seleccionó un grupo de 12 mujeres entre 50 y 70 años de edad diagnosticadas con hipertensión arterial esencial en niveles 1 y 2, inscritas a Prosalud Ltda., seccional Pasto; pertenecientes a un grupo que asiste permanentemente a control de sus cifras de tensión arterial y a reuniones programadas por la institución y que reciben tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial esencial.

Se empleó para determinar esta efectividad un diseño de series temporales con grupo predeterminado, estableciendo a manera de preprueba para cada paciente un promedio con las cifras tensionales de los cuatro meses anteriores a la iniciación del programa de intervención.

Se aplicó, posteriormente, el programa de entrenamiento en manejo emocional realizando una toma de la tensión arterial al finalizar la aplicación de cada fase, cifras con las que se estableció un promedio final o postprueba que se comparó con el promedio inicial o preprueba para determinar si existía o no diferencia.

Pudo establecerse, según el análisis estadístico, que el programa fue efectivo ya que las cifras de tensión arterial disminuyeron logrando que los pacientes se ubicaran en un tipo tensional de menor riesgo para su salud, complementando así, el tratamiento recibido por los pacientes en esta institución.

INTRODUCCIÓN

La idea de que la génesis o el desarrollo de las enfermedades se encuentra ligada a la vida emocional de la persona ha sido propuesta desde hace tiempo atrás en el campo de la psicología y aún hoy requiere ser ampliamente estudiada y puntualizada.

La presente investigación pretendió ser un aporte para esta puntualización, estableciendo mediante la realización de un estudio cuasi – experimental, qué efectos podía generar la aplicación de un programa de entrenamiento en manejo emocional sobre las cifras de tensión arterial de pacientes con hipertensión arterial esencial, enfermedad que posee elevada incidencia y puede ser definida como una enfermedad progresiva potencialmente peligrosa. (OMS, citado por Quetamá, 1999).

Este estudio se realizó en mujeres con hipertensión arterial esencial de edades comprendidas entre 50 y 70 años pertenecientes al grupo de hipertensos de Prosalud Ltda., seccional Pasto, ya que este grupo de edad presenta un riesgo mayor de padecer las complicaciones de esta enfermedad.

El entrenamiento en manejo emocional hace referencia a una serie sistemática de actividades que tienen por objeto estimular el desarrollo de ciertas competencias para el manejo de las emociones. Esta alternativa nace de los conceptos planteados por la Inteligencia Emocional, propuesta teórica que ha incursionado recientemente en el campo de la psicología y que ha cobrado auge debido a su amplio campo de proyección tanto a nivel educativo, como organizacional, social y de la salud. Es precisamente este último campo de acción de la Inteligencia Emocional, en el que se inscribió esta propuesta de investigación fundamentada en las concepciones teóricas y metodológicas de la orientación cognitivo – conductual de la psicología, las cuales han resultado apropiadas para la formulación, implementación y evaluación de programas de intervención en psicología de la salud.

TEMA

Entrenamiento en manejo emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial esencial es una de las enfermedades que mayor interés ha despertado en el campo de la psicología de la salud tanto por su alta incidencia a nivel mundial como por ser considerada factor desencadenante de múltiples enfermedades, y en torno a ella se han realizado gran número de investigaciones que buscan confirmar la influencia de factores psicológicos en los procesos físicos de enfermedad. En ese contexto es precisamente esta investigación un aporte al estudio de la hipertensión arterial esencial desde el campo de la psicología de la salud, al ser su interés principal determinar mediante el uso de técnicas de la psicología cognitivo conductual si el hecho de enseñar a pacientes hipertensos, que se encuentren bajo seguimiento médico, a manejar adecuadamente las emociones contribuiría o no a la disminución de las cifras tensionales que presenten regularmente y por ende favorecería la adquisición de un verdadero bienestar.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos de un programa de entrenamiento en manejo emocional sobre las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial?

JUSTIFICACION

La vida del ser humano se encuentra sometida a un constante cambio influenciado no solamente por factores orgánicos, sino también, por factores ambientales y psicosociales, siendo estos últimos los que hoy por hoy cobran mayor importancia en la comprensión del proceso salud – enfermedad y en la iniciativa por buscar nuevas estrategias de tratamiento que permitan una consideración global del enfermo.

Para las ciencias de la salud, no es desconocido en la actualidad el hecho de que muchas de las enfermedades físicas que afectan al ser humano incluyen como factores etiológicos o de mantenimiento variables de tipo psicológico, las cuales tienen una contribución importante en su explicación. Entre estas enfermedades se cuentan las úlceras pépticas, los cuadros asmáticos, la artritis, la gastritis, y la hipertensión arterial esencial.

De manera concreta, es la hipertensión arterial una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo y se encuentra asociada a morbilidad y mortalidad significativas. Según la OMS la incidencia mundial de hipertensión arterial en adultos es del 8 al 18% y según Navarro (citado por Quetamá, 1999) del 10 al 15% de la población adulta que visita hospitales y policlínicos presenta cifras tensionales por encima de las normales, porcentajes que en los últimos años han ido en aumento. De igual manera Behrman y Vaughman (citado por Quetamá, 1999) afirman que en los niños la incidencia de hipertensión es del 1 al 2 % y en los adolescentes aproximadamente de un 10%.

Si se habla de la hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática, cuyo origen y mantenimiento guarda gran relación con factores psicológicos, puede afirmarse que la mayor parte de la población afectada con hipertensión arterial pertenece a este tipo. Así, según Robbins (1996) cerca del 90 al 95% de la hipertensión es idiopática o esencial y sólo el 5 al 10% restante constituye la hipertensión secundaria (p. 539).

La hipertensión esencial es un importante factor de riesgo para la presentación de ataques cardíacos y apopléjicos, arteriosclerosis, accidentes cerebrovasculares y arteriopatía coronaria, principalmente.

La elevada incidencia de la hipertensión arterial esencial, más notoria en población adulta y su consideración como factor de riesgo se ha convertido en una de las principales razones para la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento que permitan controlarla eficazmente, abordando al paciente de una forma integral; ya que las investigaciones realizadas sobre el tratamiento de pacientes hipertensos esenciales pese a ser numerosas, están sin embargo, en su mayoría, limitadas dentro de sus bases teóricas enfocándose únicamente a medir la eficacia del uso de fármacos y del cambio de hábitos de vida.

Por tanto y considerando que el momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica, por una parte, y sus extensiones al ámbito de la salud, por otra; que la psicología como ciencia del comportamiento se ha interesado siempre por el análisis de los fenómenos emocionales y conductuales y su relación con la salud y que el énfasis de este interés se ha dirigido principalmente hacia el reconocimiento y manejo de factores conductuales, se consideró de marcada relevancia el ampliar el estudio de los factores emocionales encaminando los procesos investigativos a la adopción de nuevas propuestas de intervención.

En esta medida y teniendo en cuenta la población con hipertensión se ha encontrado que el aumento de la presión sanguínea es una de las manifestaciones biológicas de la activación emocional y que el control que se hace de esta activación emocional debe ser tenido en cuenta como un factor importante ligado al mantenimiento y la evolución de los cuadros hipertensivos, lo cual hace indispensable que sea sobre este factor que se generen nuevas alternativas de intervención, destinadas a enseñar al paciente con hipertensión a manejar sus emociones de una forma adecuada para impedir que estas afecten su salud.

Por lo tanto puede considerarse que la realización de este estudio constituyó un aporte novedoso para el campo de la psicología de la salud y cobra gran importancia en la medida en que contribuyó al tratamiento integral del paciente hipertenso reafirmando la necesidad y relevancia de un trabajo interdisciplinario en el área de la salud en procura de alcanzar el bienestar del paciente.

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer los efectos generados por un programa de entrenamiento en manejo emocional sobre las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial.

Objetivos Específicos

Determinar el promedio de tensión arterial regular que presenta cada uno de los pacientes con hipertensión arterial esencial durante los cuatro meses anteriores al inicio de la aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional.

Clasificar a los pacientes según el tipo de hipertensión arterial esencial que presentan de acuerdo con el promedio inicial de sus cifras tensionales.

Diseñar un programa de entrenamiento en manejo emocional y aplicarlo a los pacientes con hipertensión arterial esencial.

Determinar el promedio final a partir de las cifras de tensión arterial que presentan los pacientes con hipertensión arterial esencial durante y después de la aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional.

Clasificar a los pacientes según el tipo de hipertensión arterial esencial que presenten de acuerdo con el promedio final de sus cifras tensionales.

Determinar si existen cambios significativos generados con la aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional sobre las cifras y tipos de hipertensión arterial esencial en los pacientes con hipertensión, teniendo en cuenta los paquetes de técnicas de intervención.

Analizar la efectividad de cada uno de los paquetes de técnicas de intervención cognitivo conductuales aplicados, en la disminución de las cifras de tensión arterial de los pacientes con hipertensión arterial esencial.

MARCO TEORICO

Psicología de la Salud

La psicología en sus aplicaciones constituye el reconocimiento del ser humano como un ente biosociocultural enfocando su interés actual en la confluencia de los factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos en el desarrollo de los procesos de salud – enfermedad, como resultado de la interacción dinámica del individuo con su ambiente. Este interés por vincular la psicología con los problemas de la salud tiene sus antecedentes más próximos en la denominada Medicina Comportamental definida como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas. (Lee Birk citado por Flórez, 1999).

La medicina comportamental se dedicó casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, lo cual resultó altamente limitado considerando que la psicología tiene más que aportar al ámbito de la salud. Frente a esta limitación surge en la década de los ochenta, el nuevo campo de la psicología denominado Psicología de la Salud, definida por Matarazzo, (citado por Flórez, 1999) como “el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias”.

La psicología de la salud ha extendido sus aplicaciones a diversas áreas, ocupándose de los factores psicológicos y fisiológicos que pueden ser considerados como causa o consecuencia en los problemas de salud, involucrando también los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales en la salud – enfermedad.

El campo de la psicología de la salud ha expandido su interés al estudio del dolor crónico, del asma infantil, de los desórdenes cardiovasculares, la rehabilitación neuromuscular, el cáncer y la hipertensión arterial esencial, punto central de esta investigación.

Hipertensión Arterial

La tensión arterial es la fuerza creada por el corazón, mantenida por la elasticidad arterial y regulada por las resistencias periféricas para el bombeo de sangre hacia las arterias de todo el organismo. Cuando la contracción de los ventrículos ejerce mucha fuerza al bombear la sangre, se produce un aumento de la presión sanguínea sobre las paredes de las arterias, a lo que se denomina hipertensión; y cuando esta fuerza disminuye se habla de hipotensión. (Robbins, 1996).

Existen dos tipos de tensión arterial que dependen de los movimientos que realiza el corazón. Uno, cuando el corazón se contrae (sístole), e impulsa con fuerza la sangre, al llegar esta a las arterias hay una presión mayor llamada Tensión Sistólica; y un segundo cuando el corazón se dilata (diástole), la fuerza de la sangre sobre las arterias disminuye y se le llama Tensión Diastólica.

La tensión arterial normal en el adulto se entiende como la tensión sistólica menor de 140 mmHg y la tensión diastólica menor de 90 mmHg. Cuando la tensión arterial sufre una elevación sostenida a cifras iguales o mayores de 140/90 mmHg, en donde pueden estar elevadas tanto la presión sistólica como la presión diastólica se habla de Hipertensión Arterial.

Para Vander (citado por Quetamá, 1999) "La hipertensión se define como un aumento

crónico de la presión arterial. Generalmente se toma como línea divisoria entre la presión normal y la hipertensión el nivel de 140/90 mmHg",

Teniendo en cuenta las cifras tensionales que están alteradas encontramos: una hipertensión sistólica cuando la cifra máxima está alterada y la mínima es normal; la hipertensión diastólica en donde la mínima está alterada y la máxima es normal y por último la hipertensión sistodiastólica, en la cual ambas presiones están elevadas. Como lo expresara Navarro. (Citado por Quetamá, 1999). Estos tipos de hipertensión aumentan el riesgo de padecer síndrome de encefalopatía y retinopatía para la hipertensión diastólica, o un gasto cardíaco aumentado y rigidez de la aorta para la hipertensión sistólica, García (citado por Chalem, 1998) En el presente estudio los pacientes fueron clasificados teniendo en cuenta los tipos de hipertensión mencionados por Navarro.

Es importante resaltar que durante los últimos años ha existido controversia acerca de si debe lograrse una mayor reducción de las cifras de tensión arterial diastólica o sistólica. Para determinar esto investigadores de la Universidad de Leuven en Bélgica revisaron los resultados de varios trabajos, cuyos participantes fueron personas mayores de 60 años con hipertensión sistólica y observaron la mortalidad y los diferentes eventos cardiovasculares como enfermedad cerebrovascular, también llamada trombosis e infarto cardíaco, entre otros. Los resultados mostraron que entre mayores fueron las cifras de tensión arterial sistólica, la mortalidad fue más alta, contrario a lo hallado con las cifras de la diastólica, que produjo mayor mortalidad con valores más bajos. Los autores informaron en la edición del 11 de marzo del 2000 de la Revista Médica Lancet que los valores de tensión arterial sistólica son mejores indicadores de las posibles complicaciones y mortalidad en pacientes no tratados que las cifras de la tensión arterial diastólica, por lo tanto, es especialmente en pacientes mayores de 60 años, en donde el objetivo del tratamiento antihipertensivo debería basarse en la disminución de las cifras de tensión arterial sistólica.

Según su causa la hipertensión arterial se ha clasificado en dos tipos: Hipertensión Secundaria e Hipertensión Esencial. El primer tipo es la hipertensión secundaria cuya causa suele ser la manifestación de otra enfermedad, principalmente renal, endocrina y vascular, este tipo de hipertensión tiene una incidencia del 5 al 10%, y el restante 90 al 95% constituye los casos de hipertensión esencial. (Robbins, 1996).

El segundo tipo es la hipertensión esencial, objeto de nuestro estudio, también denominada primaria o idiopática, la cual es la elevación de la presión arterial, de causa desconocida y que no suele acompañarse de otros datos clínicos importantes (Mosby, 1998). Sin embargo, la elevación de la presión arterial se considera siempre un riesgo sobre todo de enfermedad cardiovascular.

Al respecto, Guyton (1984) afirmó: "De la presión arterial excesiva por la hipertensión puede causar ruptura de los vasos sanguíneos cerebrales, para producir apoplejía; en el riñón, para producir insuficiencia renal y por último en otros órganos vitales para producir ceguera,

sordera, ataques cardíacos y otros fenómenos. También puede entrañar sobrecarga del corazón, que causa insuficiencia" (p. 164).

La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial esencial muestran reacciones vasculares y cardíacas aumentadas frente a los estímulos simpáticos, estos producen una constricción de los vasos dando paso al aumento de la presión arterial.

Cuadro clínico:

Con respecto al cuadro clínico de las personas con hipertensión, puede decirse que son muchas las formas de manifestación, entre ellas: fatiga, vértigo, palpitaciones, insomnio, debilidad y cefaleas, entre otras, aunque en la mayoría de los casos, la hipertensión esencial se presenta en forma asintomática, pese a que puede relacionarse con algunos síntomas como cefalea tensional, trastornos del equilibrio, tinnitus o acúferos, hemorragia nasal, visión borrosa, taquicardia, fatiga fácil o pérdida de fuerza, calambres y angustia. (Robbins, 1996)

Para el diagnóstico y la clasificación de la hipertensión arterial es necesario considerar los niveles tensionales, los cuales según el Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, se han ubicado de la siguiente manera:

Tensión Optima ≤ 120 mmHg / ≤ 80 mmHg.

Tensión Normal < 130 mmHg / < 85 mmHg.

Tensión Normal Alta 130 a 139 mmHg / 85 a 89 mmHg.

Hipertensión Nivel 1 140 a 159 mmHg/ 90 a 99 mmHg

Hipertensión Nivel 2 160 a 179 mmHg/ 100 a 109 mmHg

Hipertensión Nivel 3 >180 a 209 mmHg/ >110 a 118 mmHg.

Factores de Riesgo

A la hipertensión esencial se encuentran asociados varios factores de riesgo entre los cuales se cuentan factores constitucionales, estilos de vida insanos, estrés, patrón de conducta tipo A y manejo emocional inadecuado.

Factores de Riesgo Constitucionales

Son aquellos factores imposibles de modificar como la herencia, el género, la edad y la raza.

La herencia puede constituirse en una gran influencia para la presentación de cuadros hipertensivos. Así, una persona tiene mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial cuando uno o ambos progenitores son hipertensos que cuando son normotensos, es decir, cuando sus niveles de tensión arterial son menores o iguales a 140/90 mmhg. Cuando se sabe de parientes consanguíneos que han sufrido ataque cardíaco antes de los 50 años, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, diabetes, dislipidemia o enfermedad renal, es conveniente tomar medidas de la tensión arterial una vez al año. Los estudios sobre factores de riesgo para hipertensión indican que hay una mayor predisposición de sufrir hipertensión arterial en hombres que en mujeres, ya que estas últimas cuentan durante la juventud con un factor protector que son los estrógenos, razón por la cual cuando llega la menopausia, las cifras de hipertensión arterial en mujeres podrían igualar a las de los hombres; en mujeres jóvenes hay riesgo si toman anticonceptivos orales. Puede afirmarse también que el riesgo de sufrir hipertensión arterial aumenta en forma directamente proporcional a la edad, y que las personas de raza negra tienen más probabilidades de sufrir esta enfermedad pues la padecen con una frecuencia cerca de dos veces superior a la raza blanca, y parecen ser más vulnerables a sus complicaciones.

Estilos de Vida Insanos

Los estilos de vida se refieren a los hábitos conductuales de la persona que pueden estar afectando directamente al organismo y aumentan su vulnerabilidad o susceptibilidad a la enfermedad. Entre ellos están el tabaquismo, la obesidad, el exceso en el consumo de sal y alcohol y el sedentarismo. El tabaquismo está firmemente admitido como factor de riesgo en la hipertensión ya que hace menos efectivo el tratamiento hipertensivo y aumenta las probabilidades de padecer infarto al miocardio y enfermedades pulmonares. Sin embargo, el hecho de que una persona hipertensa deje el hábito de fumar puede traer como consecuencia la aparición de ansiedad, lo cual haría necesario un tratamiento alternativo.

La obesidad constituye también un factor de riesgo, puesto que la ganancia de peso aumenta la presión arterial en cuestión de semanas y ese sobrepeso al igual que la diabetes mellitus causan resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, lo cual lleva a la hipertensión

arterial. El sobrepeso que es superior al 20% del peso ideal es el que conlleva un mayor riesgo de cuadro hipertensivo.

Es necesario también moderar el consumo de sal dado que ésta puede influir en el rendimiento del corazón al tener que manejar mayor volumen en la circulación debido a que el sodio retiene agua. Además, en aquellas personas que consumen grandes cantidades de alcohol, la frecuencia de hipertensión es superior a la de los bebedores moderados ya que el alcohol aumenta la tensión arterial. Es importante considerar también que muchos factores de riesgo se asocian a la poca actividad física, pues el metabolismo disminuye con la quietud, impidiendo el procesamiento de sustancias como los lípidos que se acumulan en las arterias aumentando el riesgo de hipertensión y trastornos cardiovasculares.

Los factores de riesgo y los niveles tensionales se tienen en cuenta también para el establecimiento de tratamiento con pacientes hipertensos, como lo indica la Tabla 1

Tabla 1

Tratamiento Hipertensivo

Niveles Tensionales	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Tensión normal alta	estilo de vida	estilo de vida	fármacos
Nivel 1	estilo de vida (1 año)	estilo de vida (6 meses)	fármacos
Nivel 2 y 3	fármacos	fármacos	fármacos

Nota. Grupo A. Pacientes hipertensos sin enfermedad cardíaca, sin exposición a factores de riesgo ni daño a órganos blandos; Grupo B. Pacientes hipertensos sin enfermedad cardíaca, ni daño a órganos blandos, expuestos a factores de riesgo; Grupo C. Pacientes hipertensos con enfermedad cardíaca, daño a órganos blandos y exposición a factores de riesgo.

En la actualidad el manejo del paciente hipertenso se realiza a través de la modificación de los estilos de vida que incluye la disminución en el consumo de sal, alcohol y tabaco, la reducción de peso, el aumento de la actividad física y el uso de tratamiento farmacológico mediante antihipertensivos esenciales como los diuréticos, betabloqueadores, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (ECA), calcioantagonistas y simpaticolíticos.

Además de los factores de riesgo tradicionalmente considerados, en la evaluación de los pacientes con hipertensión esencial debería incluirse la identificación de aquellas situaciones que pueden provocar elevaciones puntuales de la presión arterial, contribuyendo de este modo al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión.

El Estrés

El estrés debe considerarse, en este sentido, como uno de los más importantes factores de riesgo de los trastornos hipertensivos, especialmente esenciales. En torno al estrés se han realizado múltiples investigaciones cuyo punto central es su consideración como un proceso más que como una respuesta a estímulos.

Los intentos por dar una definición de estrés han sido muchos, sin embargo, sólo puede hablarse de aproximaciones conceptuales a este fenómeno, es así como Lazarus definió estrés como “Una forma particular de transacción entre la persona y su medio ambiente, la cual consiste en tres elementos básicos: Estresores, Evaluación cognitiva y Reacciones Emocionales” (Lazarus, citado por Moscoso, 1996), Para entender el concepto de Lazarus acerca del estrés es importante enfatizar en el análisis de los tres elementos básicos:

Estresor.

Las transacciones de estrés son iniciadas por cualquier estímulo o situación física, social o natural que es percibida como potencialmente peligrosa, dañina o frustrante; un estresor. El término estresor puede ser definido como una situación de estímulo o evento que es objetivamente caracterizado por un cierto grado de peligro físico o psicológico; sin embargo, situaciones objetivamente benignas pueden ser también percibidas como peligrosas por algunos individuos.

Evaluación cognitiva

Se refiere a la interpretación o valoración de una situación, a la representación que el individuo hace de los acontecimientos; es la razón por la que una escena neutra puede convertirse en un evento estresante. Si un estresor es interpretado como amenaza se refiere a la evaluación cognitiva que el individuo realiza, a la estimación del grado de amenaza del

estímulo. La evaluación cognitiva hace referencia a la calificación de un acontecimiento estímulo en términos de bueno o malo.(Arnold, citado por Moscoso, 1996).

Reacción emocional.

En el momento en que una situación es percibida como amenaza, al margen de que el peligro sea real o imaginado, el sentido de amenaza va a generar una reacción emocional, dichas respuestas emocionales pueden manifestarse en cuatro formas principales:

1. Descripciones verbales de las perturbaciones emocionales. La persona es capaz de expresar con palabras su estado de ánimo, puede decir que está triste o irritado o quizás nervioso, etc.

2. Conductas motoras. Pueden ser muy simples o encerrar gran complejidad, aquí pueden incluirse desde el temblor, la hipertonía muscular, las expresiones faciales, etc., hasta la huida.

3. Modificaciones en la actividad cognitiva. Suelen modificarse la percepción, el pensamiento, el juicio, la resolución de problemas, las habilidades motoras, las habilidades de relación interpersonal, entre otras, como resultado de perfeccionamiento o distorsión en el rendimiento cognitivo.

4. Modificaciones fisiológicas. Todo el eje funcional neuroendocrino puede resultar alterado. Los cambios en la actividad hipofisopararrenal y en el sistema nervioso vegetativo ocupan el papel principal. Los mecanismos neurohormonales implicados suponen la secreción de factor liberador de corticotropina por parte del hipotálamo. El factor liberador de corticotropina actuando sobre la hipófisis anterior, provoca la secreción de ACTH. Esta secreción hipofisiaria incide sobre la corteza suprarrenal dando lugar a la producción de corticosteroides. Estos, situados en el torrente circulatorio, tienen una múltiple incidencia en la inhibición de la secreción del factor liberador de corticotropina, pueden interferir la acción de la insulina y así precipitar o exacerbar una diabetes, contribuir a la producción de úlceras pépticas, dar lugar a la pérdida de calcio óseo, limitar o suprimir el crecimiento, provocar irregularidades menstruales, e inducir una hipertensión. (Miller, citado por Ballus, 1983).

El sistema nervioso vegetativo o autónomo, compuesto por el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático, dirige todas las funciones corporales que no están sometidas,

generalmente, al libre albedrío, por ejemplo, la actividad de la respiración, del corazón, de las glándulas endocrinas, etc.; cumple también una importante función en la activación fisiológica como respuesta a estímulos con significancia emocional. El estímulo activa el hipotálamo y éste al sistema nervioso simpático, el cual produce la activación directa de diversos órganos internos como el corazón, el hígado y los riñones y por otra parte actúa rápidamente para que la médula suprarrenal segregue en mayor cantidad las llamadas hormonas del estrés, adrenalina y noradrenalina; ambas hormonas pertenecientes al grupo de las catecolaminas que producen la movilización instantánea de la energía. Los efectos de la activación simpática sobre el sistema cardiocirculatorio, son, el incremento del rendimiento cardíaco y el aumento de la resistencia periférica, fundamentalmente, lo que implica el consiguiente aumento de la presión sanguínea.

Patrón de Conducta Tipo A

Otro factor de riesgo importante asociado a la presentación de un cuadro hipertensivo es el patrón de conducta tipo A.

A finales de la década de los 50, los cardiólogos norteamericanos Friedman y Rosenman iniciaron una serie de investigaciones orientadas a comprobar la preponderancia de un patrón específico de conducta en el desarrollo de las alteraciones cardiovasculares.

La primera definición de este estilo de comportamiento, al que denominaron tipo A, fue según Friedman y Rosenman (citado por Beneit, 1994) Una persona que se encuentra agresivamente implicada en una incesante actividad que le arrastra a hacer más y más cosas en el menor tiempo posible; y lo hace además, en contra de lo que se oponga a ello, ya sean personas o cosas. (p. 274)

Con posterioridad se han ido precisando más las características del patrón de conducta tipo A. Sánchez – Elvira y Bermúdez (citado por Latorre, 1994) las resumieron de la siguiente forma:

- a) Se trata de personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas.
- b) Son personas, además, que parecen buscar activamente este tipo de situaciones ya que suponen para ellos un reto personal.

- c) Están preocupadas por destacar en cualquier actividad que llevan a cabo.
- d) Emprenden varias tareas al mismo tiempo y se quejan de que les falta tiempo para llevar a cabo todo lo que desearían hacer.
- e) En su lucha por destacar, reaccionan con ira, agresividad y hostilidad ante cualquier obstáculo que les impida (o simplemente amenace) alcanzar sus metas.

Además, las personas con patrón de conducta tipo A tienen la necesidad de ejercer control sobre su ambiente, en este sentido, los resultados de diversas investigaciones sugieren una mayor susceptibilidad de los sujetos tipo A a percibir un amplio rango de situaciones como amenaza al control que estiman poseer sobre los acontecimientos, así, si la experiencia de incontrolabilidad se prolonga o se hace más intensa, las personas tipo A, llegarán a convencerse de que la situación es realmente incontrolable, desarrollando signos de indefensión y acarreando grandes costos emocionales, sintiéndose, según Rosenstock (citado por Latorre y Beneit, 1994) escasamente motivados para el cambio de su estilo de vida tanto porque en la mayoría de ocasiones no llegan a percibir que su estilo de vida constituye un riesgo de enfermedad como porque sienten además temor de que si intentan modificar sus características, resultarán menos activos y productivos.

En el plano fisiológico, se ha encontrado que los sujetos tipo A muestran una mayor actividad autonómica y endocrina que los tipo B, respondiendo a las situaciones que generan estrés con aumento de la presión sistólica de la sangre, mayor tasa cardíaca y mayores niveles de epinefrina y norepinefrina. Se ha comprobado, así mismo, que la conducta tipo A esta asociada a factores morfológicos y procesos fisiológicos que se consideran favorecedores de las enfermedades coronarias, presentan bloqueos más graves de las arterias coronarias que se dan en un proceso más rápido, muestran también deterioro del sistema arterial, producción de arritmias y formación de trombos. Es por estas razones que el patrón de conducta tipo A debe considerarse como uno de los factores de mayor relevancia en la producción y mantenimiento del aumento de la presión arterial, proceso conocido como hipertensión arterial.

Manejo Emocional Inadecuado

El inadecuado manejo de las emociones es quizá el factor de riesgo más importante en la exacerbación de diversas enfermedades, entre ellas la hipertensión arterial, pues ante un estímulo que desencadena una emoción que puede experimentarse de una manera demasiado intensa, se da una activación fisiológica proporcional, de tal manera que si una emoción no es adecuadamente controlada los niveles de activación fisiológica pueden ser exagerados y desencadenar en una patología (Arnold, citado por Reeve, 1994).

Las pruebas de la importancia clínica del manejo de las emociones han ido aumentando incesantemente y talvés los datos más evidentes de la relevancia médica de la emoción surgen de un análisis que combinó resultados de 101 estudios en uno solo, más amplio, de varios miles de hombres y mujeres. El estudio acerca de “emociones tóxicas” de Friedman y Boothby – Kewley, denominado: The Disease – Prone Personality: A meta – Analytic View (citado por Goleman, 1996) confirmó que las emociones demasiado intensas son nocivas para la salud.

Se descubrió que las personas que experimentaban ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad incesante, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardiovasculares, entre ellos la hipertensión arterial. Esta magnitud hace que las emociones demasiado intensas y mal manejadas sean un factor de riesgo tan dañino como lo son por ejemplo el hábito de fumar, o el colesterol elevado, en otras palabras una importante amenaza a la salud.

Para abordar el tema de la influencia de las emociones en la salud, se comienza por dar un concepto acerca de emoción.

Las emociones son fenómenos multidimensionales, que se componen de cuatro aspectos fundamentales:

- a) El componente cognitivo – subjetivo representa una experiencia subjetiva que tiene razón y significado personal, el hecho de que una persona le asigne a un evento un valor negativo o positivo hace que se sienta de una manera en concreto, por ejemplo feliz o irascible.
- b) El componente fisiológico incluye la actividad de los sistemas autonómico y hormonal

mientras participan en la emoción, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Cuando se siente una emoción el cuerpo entra en un estado de activación que no se da cuando no se siente una emoción, el corazón empieza a latir con fuerza, los músculos se tensan y la respiración acelera su ritmo.

c) El componente funcional plantea la cuestión de cómo se beneficia la persona de la emoción, pone énfasis en que las personas tienen emociones porque ello les permite ser más efectivos a la hora de interactuar con el entorno. Así, la rabia prepara para la lucha contra un enemigo y el miedo prepara para huir del peligro.

d) El componente expresivo de la emoción es su componente conductual y social; mediante las posturas, los gestos, las vocalizaciones y especialmente la conducta facial, las emociones son expresadas y comunicadas a los demás. Se envía señales emocionales a los demás y se infieren los sentimientos privados de los otros a través de sus expresiones públicas.

En conjunto, las emociones implican a la persona en su totalidad; sus sentimientos y pensamientos, su fisiología, sus intenciones y propósitos y su conducta. De la misma forma para Goleman (1996) "una emoción se refiere a un sentimiento y sus pensamientos característicos, a estados psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias a actuar" (p.331), entendiéndose como una reacción compleja que consiste en un cambio fisiológico del estado homeostático, el cual se experimenta subjetivamente como un sentimiento y se manifiesta en cambios corporales que son preparatorios de acciones manifiestas.

Las emociones pueden ejercer un poderoso impacto en la forma como se percibe y reacciona ante diferentes situaciones, adquiriendo así gran importancia en todas las esferas de la vida.

No existen emociones "buenas" o "malas", la alegría no es una emoción necesariamente buena y la tristeza, la ansiedad o la ira no son necesariamente malas. Cada emoción proporciona a la persona preparación para reaccionar ante una situación en concreto. Todas las emociones son beneficiosas, pero, es necesario que guarden un equilibrio, que se presenten de manera proporcional a las circunstancias, pues es la proporción de las emociones

y el manejo que de ellas se hace lo que determina la noción de bienestar (Lewis y Haviland, citados por Reeve, 1994).

En el campo de la salud, de interés particular para este trabajo, se han realizado múltiples investigaciones cuyos hallazgos han aportado importante información en el intento por determinar la relación entre emociones y algunas enfermedades.

Así, por ejemplo, un estudio epidemiológico realizado por Robert Anda (citado por Goleman, 1996) "Depressed Affect, Hopelessness, and the Risk of Ischemic Heart Disease in a Cohort of U.S. Adults" concluyó que la enfermedad cardíaca parece exacerbarse por la depresión. Anda reunió a 2832 hombres y mujeres de edad mediana a los que se controló durante doce años y pudo comprobar que los que tenían una sensación de quejosa desesperación e impotencia presentaban un índice elevado de muerte por enfermedad cardíaca y para el 3% aproximadamente, que estaba muy deprimido, el índice de muerte por enfermedad cardíaca, comparado con el índice de aquellos que no tenían sentimientos de depresión era cuatro veces mayor.

Se encontró también en un estudio de pacientes de un hospital de Montreal que fueron dados de alta después de ser tratados por un primer ataque cardíaco, que los pacientes deprimidos tenían un riesgo claramente más alto de morir en el plazo de los seis meses siguientes. En uno de cada ocho pacientes que se sentían gravemente deprimidos el índice de mortalidad era cinco veces más elevado que en otros con una enfermedad comparable, un efecto tan marcado como el de riesgos médicos importantes de muerte cardíaca, tal como la disfunción ventricular izquierda o una historia de anteriores ataques cardíacos. Entre los mecanismos posibles que explicarían por qué la depresión aumenta tan notoriamente las posibilidades de un posterior ataque cardíaco, se encontró el hecho de que la depresión influye sobre el ritmo cardíaco aumentando el riesgo de arritmias fatales (Goleman, 1996).

En un trabajo de investigación llevado a cabo en la facultad de medicina de la Universidad de Alabama realizado por Markowitz (citado por Goleman, 1996) se estudió el perfil emocional de 1123 hombres y mujeres entre los 45 y los 77 años. Se encontró que los hombres más proclives a la ansiedad y a la preocupación durante la edad mediana, cuando se los estudió 20

años más tarde tenían muchas más probabilidades que los demás de sufrir hipertensión arterial (Journal of the American Medical Association, 1993).

Estas investigaciones a la par de otros trabajos realizados permiten pensar en la importancia de atender tanto el factor emocional como el aspecto fisiológico en las enfermedades, ya que la actividad fisiológica está tan unida a la emoción que es casi imposible imaginarse una persona enfadada, feliz o temerosa que no esté activada, pues un estímulo interno o externo con un significado especial para el individuo activa emociones y produce cambios fisiológicos que alteran la salud. En esta medida ayudar a las personas a manejar mejor sus emociones es una forma de prevención y control de la enfermedad.

Considerando que la psicología de la salud busca dar respuesta a interrogantes como la relación de los comportamientos humanos con la salud y la enfermedad y el papel que ejercen las variables psicológicas en la producción y desarrollo de diferentes enfermedades, es necesario resaltar la importancia de los aportes que a este respecto ha realizado la psiconeuroinmunología, la cual ha profundizado en el estudio de la relación existente entre los factores neurológicos, inmunológicos y psicológicos como determinantes o mantenedores de un proceso de enfermedad, descubriendo además, la influencia que estos ejercen sobre el tratamiento y la recuperación de las personas afectadas.

Con estos hallazgos se ha demostrado que toda enfermedad genera y puede ser generada también por cierto nivel de estrés con la correspondiente activación del sistema nervioso autónomo y de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, activación que puede verse reflejada en un aumento de la sintomatología de la enfermedad así como también en la disminución de la efectividad del tratamiento empleado (Simón, 1999). Desde esta nueva óptica podría obtenerse mejores resultados en el abordaje de múltiples enfermedades si se propicia en el enfermo el reconocimiento de los estados de activación y el aprendizaje de formas más adaptativas para enfrentarse a la ruptura de la homeostasis perdida, lo que estimula la liberación neurológica de endorfinas; sustancias relacionadas con la percepción que un individuo tiene de sensaciones placenteras de calma y tranquilidad, facilitando así un afrontamiento más saludable de la enfermedad.

Es relevante anotar también que el lenguaje, herramienta fundamental de la psicología, ejerce influencia sobre la corteza prefrontal activándola y ésta a su vez, estimula el sistema límbico, el cual hace que se produzcan una serie de cambios neuroquímicos en la neurotransmisión, haciendo que se generen modificaciones en el comportamiento humano. Es este el mayor aporte que ofrece la disciplina psicológica a la nascente psiconeuroinmunología. (Simon, 1999).

La Inteligencia Emocional

Una nueva perspectiva teórica que aborda la importancia del manejo de las emociones en la vida del ser humano y su repercusión sobre todas las esferas de acción es la planteada por Salovey y Mayer (1990) y desarrollada por Goleman (1996), denominada Inteligencia Emocional.

La inteligencia, en general, es un constructo psicológico que aún no ha terminado de asentarse con las nuevas propuestas realizadas, el concepto de la inteligencia evoluciona desde un punto de vista psicométrico a un enfoque más humanista, con la valoración integrada de inteligencia con la emoción. Así se encuentra que Catell (1890) inventa pruebas mentales con el objetivo de convertir la psicología en una ciencia aplicada, luego, Galton se interesa por el estudio sistemático de las diferencias individuales en la capacidad mental. Binet (1905) desarrolla un instrumento de evaluación de la inteligencia para niños denominado Stanford – Binet y en 1916 aparece una nueva versión y con ella el concepto de cociente intelectual. Estos trabajos dieron lugar a una larga polémica entre los defensores de una inteligencia general o factor G (Terman o Spearman) y los defensores de una teoría correlacional de la inteligencia más pluralista (Thurstone o Guilford) en la que ésta puede concebirse como un gran número de vínculos estructurales independientes como los reflejos, los hábitos, la experiencia, etc.

Thorndike (1920) (citado por Mestre, J. y cols., 2000) aporta el concepto de inteligencia social definida como “la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”. Aporte que puede ser considerado como un precursor del concepto de inteligencia emocional.

En los años 30 con el auge del conductismo se inicia una larga etapa de silenciamiento de los procesos no directamente observables como la inteligencia; no obstante, aparecen algunos trabajos en esta época como los de Wechsler con el diseño de las dos baterías de pruebas de inteligencia: para adultos (1939) – WAIS – y para niños (1949) – WISC – En la década de los años 50 aparecen los trabajos de Piaget y su teoría sobre el desarrollo intelectual, luego surgen las teorías del procesamiento de la información que desarrollan dos enfoques: por un lado, el de los correlatos cognitivos en el que el estudio de la inteligencia se lleva a cabo seleccionando una capacidad que pueda medirse en un test y por otro lado, el de los componentes cognitivos en donde el interés estriba en conocer qué es lo que mide un test de inteligencia. Posteriormente aparece el modelo computacional y el interés por el estudio de la inteligencia artificial hasta llegar a la concepción actual de la inteligencia como “la capacidad de adaptación” (Sternberg, citado por Mestre, J. y cols., 2000), en donde la inteligencia está muy vinculada con la emoción, la memoria, la creatividad, el optimismo, y en cierto sentido con la salud mental.

Este vínculo de la inteligencia con la emoción comienza en 1983 cuando Gardner publica “Frames of mind”, donde reformula el concepto de la inteligencia a través de la teoría de inteligencias múltiples, la cual sostiene que el ser humano posee 7 tipos de inteligencias distintas, cada una de ellas relativamente independiente de las otras, son estas: La inteligencia musical, kinestésica corporal, lógico – matemática, lingüística, intrapersonal e interpersonal. (Gardner, citado por Mestre, J. y cols., 2000).

Esta teoría, introdujo dos tipos de inteligencias muy relacionadas con la competencia social, y hasta cierto punto emocional, la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal definidas así: “La inteligencia interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y los deseos de los demás, aunque se hayan ocultado” y la inteligencia intrapersonal que hace referencia a: “el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente

ponerles un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta...” (Gardner, 1993)

Gracias a estos aportes y añadiendo a ellos el componente emocional, Salovey y Mayer (citado por Mestre, J. y cols., 2000) desarrollaron el concepto de inteligencia emocional o personal y la definieron como:

Un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y de los demás, discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo.

Competencias

El concepto de inteligencia emocional incluye además el hecho de que es una metahabilidad que puede categorizarse en 5 competencias que son: Reconocimiento de las propias emociones, Control de las emociones, Motivarse a sí mismo, Reconocimiento de las emociones en los demás y Manejo de las relaciones interpersonales. Estas competencias fueron descritas inicialmente por Salovey y Mayer (1990) y desarrolladas posteriormente por Goleman (1996) de quien se retomaron algunos aspectos que fueron ampliados para efectos de esta propuesta investigativa.

1. Reconocimiento de las propias emociones

Esta competencia implica el tener conciencia de las propias emociones en el momento en que se experimentan.

Goleman (1996) se refirió a la habilidad de reconocer las propias emociones con la expresión “conciencia de uno mismo” en el sentido de una atención progresiva a los propios estados internos. El estado de conciencia hace referencia a una atención autoreflexiva e introspectiva con respecto a la propia experiencia. Mayer (1993) afirmó al respecto, que la gente suele adoptar estilos característicos en el reconocimiento de sus emociones tales como:

- a. Ser consciente de sí mismo. Implica reconocer las emociones en el momento en que se experimentan, por ejemplo, cuando se siente ira, no obsesionarse con respecto a la situación que la provoca ni a la ira en sí misma, lo que facilita el ser capaces de superar el

impacto de esta emoción rápidamente. Cuando la persona experimenta una emoción que le genera malestar intenta modificarla, esto le permite lograr una mayor independencia y seguridad en sí mismo facilitando el asumir una visión positiva de la vida.

- b. Sumergirse en las emociones. Conlleva el no reconocer las emociones y por tanto no asumir una posición clara frente a ellas. En consecuencia, hacer poco por tratar de reconocerlas y establecerles límites, lo cual lleva a experimentar un descontrol frecuente.
- c. Aceptar las emociones. Reconocer las emociones y aceptarlas sin hacer nada por cambiarlas, a pesar de la incomodidad que esto puede provocar.

El hecho de que una persona no reconozca adecuadamente las emociones que experimenta constituye un riesgo para su salud tanto física como psicológica.

Teniendo en cuenta que la percepción que un individuo tiene de estímulos con significado emocional, provoca un patrón de respuestas conductuales abiertas, autónomas y hormonales; es indispensable que estas respuestas sean claramente conocidas y entendidas por el sujeto para que se produzca un verdadero reconocimiento de la emoción, una rotulación adecuada y una diferenciación clara de ésta en el repertorio emocional para un posterior enfrentamiento adecuado a las situaciones que las producen. Esto redundará, según Goleman (1996), en una disminución del riesgo psicológico de dar respuestas no directas y/o incorrectas ante el estímulo emocional y del riesgo físico de que la activación fisiológica sea excesivamente fuerte e inmanejable.

2. Control de las propias emociones

Esta competencia hace referencia al autodomnio, mantener bajo control las emociones con el fin de obtener una estabilidad emocional. Su objetivo es el equilibrio, no la supresión emocional, el expresar una emoción en forma proporcional a las circunstancias. Así, la autorregulación o autodomnio implica que se controle adecuadamente las emociones tanto en los momentos de decaimiento como en los de entusiasmo. Por supuesto, no se trata de que se deba sentir una única emoción, por ejemplo, la alegría todo el tiempo, sino que las emociones que en un momento dado pueden producir malestar como la ira o la tristeza no se conviertan en emociones permanentes que puedan llevar al surgimiento de un trastorno como la depresión y

afectar significativamente el desempeño del sujeto en todas sus áreas de acción. Pues cuando las emociones se presentan con gran intensidad y se prolongan más allá de un punto adecuado se vuelven más severas e incluso inmanejables.

Existe una amplia gama de emociones que una persona puede experimentar. Panksepp (citado por Reeve, 1994), por ejemplo, propuso la existencia de 4 emociones de base biológica: miedo, furia, pánico y expectativa, relacionadas con las 4 vías neuroanatómicas del sistema límbico, a su vez Thomkins (citado por Reeve, 1994) diferenció seis emociones determinadas por la existencia de 6 patrones de descarga neuronal.

A la par, los teóricos cognitivos como Kemper y Shaver (citados por Reeve, 1994) han aceptado que hay un número limitado de reacciones corporales pero defienden que de la misma reacción biológica pueden surgir distintas emociones, por ejemplo, una única respuesta fisiológica, como el incremento de la presión sanguínea puede servir de base biológica de 3 emociones distintas: rabia, celos y envidia.

La presión sanguínea alta junto con una evaluación de injusticia contra uno mismo produce rabia; la presión sanguínea alta, junto con una evaluación de que otro posee un objeto que debería ser propio produce celos; y la alta presión sanguínea junto con la evaluación de que el otro está en una posición más saludable produce envidia. Según estos teóricos dado que las experiencias se pueden vivir e interpretar de tan diversas maneras, los seres humanos tienen una gran diversidad de emociones, entre las que se destacan: miedo, alegría, rabia, asco y angustia. (Reeve, 1994).

Goleman (1996) retomó algunos aportes de las teorías biológicas y cognitivas y en consecuencia planteó que dentro de la extensa gama de emociones existen tres que ejercen mayor impacto sobre la vida del ser humano, especialmente sobre su salud, siendo estas: La ira, la ansiedad y la tristeza.

La ira:

La ira es una emoción provocada por obstáculos reales o imaginarios que impiden realizar una actividad o alcanzar una meta, es una de las emociones que la gente peor domina y puede ser potencialmente peligrosa, ya que su propósito funcional es el destruir las barreras en el

ambiente pudiendo provocar daños innecesarios (Plutchik, citado por Reeve, 1994), sin embargo, se puede decir que la ira resulta también altamente productiva cuando energiza los intentos por recuperar el control perdido sobre el ambiente, Zillmann (citado por Goleman, 1996) descubrió que un disparador universal de la ira es la sensación de encontrarse en peligro. El peligro puede estar representado no solamente por una amenaza física sino también, como ocurre frecuentemente, por una amenaza a la autoestima o a la integridad: Ser menospreciado, ser tratado en forma injusta y fracasar en la consecución de una meta.

Estas percepciones actúan como estímulos desencadenantes de reacciones límbicas como la liberación de catecolaminas, que generan un rápido e intermitente ataque de energía; este aumento de la energía dura unos minutos, en los cuales el cuerpo se prepara para un ataque o una rápida fuga según cómo se evalúe la situación (Goleman, 1996).

La Ansiedad:

La ansiedad es una emoción displacentera de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando es claramente desproporcionada con relación a la intensidad real del peligro; según señalaron investigadores como Borkovec (citado por Goleman, 1996), la ansiedad se presenta en dos formas: cognitiva o pensamientos preocupados y somática referida a los síntomas fisiológicos de la ansiedad, como sudoración, aceleración del ritmo cardíaco o tensión muscular.

La preocupación es un ensayo de lo que podría salir mal y cómo enfrentarse a ello; la tarea de la preocupación debería ser alcanzar soluciones positivas con respecto a los peligros, anticipándose a los riesgos antes de que estos aparezcan.

La dificultad surge con las preocupaciones crónicas y repetitivas, el tipo de preocupaciones que vuelven a surgir una y otra vez y nunca llevan a una solución positiva. Las preocupaciones parecen surgir de la nada, generan ansiedad y hacen que la persona se estanque en un único punto de vista acerca del tema que le preocupa. Cuando la preocupación se intensifica y persiste, se produce una mayor activación fisiológica que se ve reflejada en aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la tensión muscular, sudoración excesiva y temblor (Goleman, 1996),

La Tristeza

La tristeza es una emoción caracterizada por una sensación desagradable que puede expresarse por suspiros, lágrimas y disminución tónica de los músculos voluntarios, es la emoción que por lo general la gente se esfuerza más en superar ya que provoca un malestar que puede verse traducido en dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, necesidad de dormir más de lo usual, o incapacidad para dormir y agitación o lentitud de los movimientos. Sin embargo, el modular la intensidad de la tristeza permite a la persona asumir una posición reflexiva frente a las situaciones de la vida y su significado, para finalmente realizar los ajustes psicológicos y planes necesarios para continuar con el ciclo normal de la vida. De hecho, uno de los principales factores que determinan si la tristeza persistirá o se superará es el grado en que la persona es capaz de cavilar sobre el problema. Al parecer, preocuparse por lo que entristece hace que la tristeza sea aún más intensa y prolongada, lo cual repercute haciendo más lento el metabolismo.

Es importante recordar que, cómo lo afirmara Goleman (1996), una emoción intensamente experimentada (ansiedad, tristeza, ira u otras) pueden crear interferencias nerviosas saboteando la capacidad del lóbulo prefrontal para mantener la memoria operativa que se relaciona con la capacidad de atención que toma en cuenta los datos esenciales para complementar un problema o una tarea determinados. Es por eso, que cuando una persona se activa emocionalmente de manera desproporcionada, ve dificultada su habilidad para pensar y actuar adecuadamente y además su sistema nervioso autónomo incrementa su funcionamiento con las correspondientes consecuencias de esta activación. Por tanto, es fundamental para que el individuo pueda contrarrestar esta activación, entrenar la realización de un afrontamiento que implique la correcta evaluación del problema al cual el sujeto se ve enfrentado, es decir, un intento de la persona por identificar la fuente de reacción emocional y el riesgo que ésta implica (evaluación Cognitiva Primaria) y desarrollar e implementar estrategias de lucha, no defensivas o supresoras, para aliviar el malestar producido (evaluación Cognitiva Secundaria) Esta forma de evaluar los acontecimientos permitirá, según Kobasa (citado por Reeve, 1994) a partir de

una posición de compromiso, control y reto, disminuir la tensión psicológica sentida y reducir la enfermedad al mínimo.

3. Motivarse a Sí Mismo.

Con esto Salovey y Mayer (1990) y más tarde Goleman (1996) se refirieron a que el control de la vida emocional y su subordinación a una meta puede resultar esencial para la obtención de logros. Para hacer posible que las emociones se pongan al servicio de una meta es necesario que se postergue la gratificación y se controle el impulso. Así, en la medida en que las emociones entorpecen o favorecen la capacidad para pensar y planificar, para llevar a cabo el entrenamiento con respecto a una meta distante y para resolver problemas; estas emociones determinan el nivel de desempeño del sujeto, siendo este desempeño la mejor evidencia de la presencia de una verdadera motivación.

La motivación incluye tendencias conductuales tanto de aproximación como de evitación y al igual que la inteligencia es un constructo difícilmente observable que se infiere a partir de sus manifestaciones:

1. La conducta abierta. Ofrece datos observables que incluyen, por ejemplo, las expresiones faciales y corporales que comunican, en parte, los aspectos emocionales de la conducta y la naturaleza e intensidad de la emoción, la latencia que evalúa el tiempo de duración de una respuesta dirigida hacia una meta, la persistencia que hace referencia al tiempo que esta respuesta tarda en producirse después de presentado el estímulo, la elección o preferencia que aborda los estímulos que al ser escogidos por el individuo lo hacen responder, la amplitud que abarca la intensidad de la conducta dada y la probabilidad de respuesta que hace alusión a las ocasiones en que ésta se presenta.

2. La fisiología. Cuando las personas se preparan para realizar actividades varias, el sistema nervioso y el sistema endocrino fabrican y liberan diversas sustancias químicas como los neurotransmisores y las hormonas que producen cambios neuronales y hormonales que se manifiestan en modificaciones del ritmo cardíaco, la presión sanguínea, el ritmo respiratorio, la conductancia de la piel y demás índices de funcionamiento fisiológico.

3. El autoinforme. El individuo reporta en entrevista o cuestionario su nivel de motivación respecto a una situación de referencia. Puede inferirse de ésta los niveles motivacionales en situaciones similares, los motivos personales de cada individuo.

Un motivo es, según Corbella (citado por Reeve 1994) lo que mueve a una persona o la incita a la acción, un impulso, muchos motivos se ciñen a un proceso cíclico de cuatro etapas: (a) anticipación o expectativa de la satisfacción de un motivo caracterizada por un estado de privación y de deseo de conseguir una meta; (b) activación y dirección, durante la cual el motivo es activado por un estímulo intrínseco o personal o extrínseco o ambiental; (c) conducta activa y retroalimentación del rendimiento, el individuo participa en conductas dirigidas que le permiten aproximarse a un objeto-meta deseable o distanciarse de éste si los considera aversivo; (d) resultado, el individuo vive las consecuencias de la satisfacción del motivo, si el motivo no está satisfecho, entonces persistirá la conducta.

Existen como lo afirmara Reeve (1994) tres tipos principales de motivación:

1. Motivación extrínseca. En ésta la conducta para la satisfacción del motivo esta sujeta a los requerimientos del ambiente, es decir, tanto el motivo como su satisfacción dependen de las recompensas, castigos o incentivos que provea el medio.

2. Motivación intrínseca. La conducta intrínsecamente motivada es aquella que se realiza únicamente por el interés y placer de realizarla, hace que el individuo desee buscar y superar retos y ser competente (Ryan, citado por Reeve, 1994); y se esfuerce por ser iniciador de su conducta con base en sus necesidades psicológicas de autodeterminación, efectividad y curiosidad. (White, citado por Reeve, 1994)

3. Motivación cognitiva. Hace énfasis en el valor de los procesos mentales o pensamientos como determinantes causales que llevan a la acción. Las personas usan el conocimiento cognitivo para escoger y evaluar las posibilidades de acción en la aceptación de metas.

La motivación, además, está estrechamente ligada a la manera cómo se controla la intensidad de las emociones. Cuando una emoción como la ira, por ejemplo, se experimenta

con demasiada intensidad, esta falta de dominio emocional puede afectar la capacidad de motivarse hacia la resolución del problema que desencadena la ira, pues las emociones no sólo deben ser controladas sino también orientadas hacia la tarea inmediata, ya que en caso contrario se verán afectadas todas las esferas de actuación del sujeto; está también relacionada con la confianza que una persona tiene en sus capacidades para alcanzar una meta. Creer que se tiene la voluntad y también los medios para alcanzar los objetivos, sean estos cuales fueran, permite a la persona llegar más fácilmente a sus metas o modificarlas si se vuelven inmanejables. La creencia de que se tiene dominio sobre los acontecimientos de la vida y se es capaz de aceptar los desafíos tal como se presentan - ser autoeficaz - hace que la gente tenga más probabilidades de utilizar de manera óptima sus habilidades o que haga lo necesario para desarrollarlas.

Al respecto Bandura (citado por Reeve, 1994) afirmó “las convicciones de la gente con respecto a sus habilidades ejerce un profundo efecto sobre esas habilidades. La habilidad no es una propiedad fija: Existe una enorme variabilidad en la forma en que uno se desempeña. Las personas que tienen una idea de autoeficiencia se recuperan de los fracasos: abordan las cosas en función de cómo manejarlas en lugar de preocuparse por lo que puede salir mal”.

En efecto, las personas que se muestran más autoeficaces y son estimuladas con un mayor número de mensajes de efectividad presentan menos depresión que las demás ya que actúan para alcanzar sus objetivos, autoevaluándose en términos de competencia, son también menos ansiosas en general y tienen menos dificultades emocionales y menores sentimientos de frustración; pues no evalúan la situaciones como una interferencia para sus metas.

4. Reconocimiento de las Emociones en los Demás.

Esta competencia hace énfasis en la importancia de identificar las emociones en los demás mientras éstas ocurren, lo cual facilita el comprender qué necesitan o qué quieren los demás.

Es esta habilidad de reconocer lo que siente el otro lo que se conoce como empatía. La empatía se construye a partir del reconocimiento de las propias emociones, pues aquellas personas que se encuentran confundidas con respecto a sus emociones se muestran también

desconcertadas cuando otros les expresan las suyas, expresión que se da en la mayoría de ocasiones a través de canales no verbales como el tono de la voz, los ademanes, la expresión facial etc.

Ekman, (citado por Goleman, 1996) planteó, al respecto, que el proceso de reconocimiento de las emociones de otras personas está ligado fundamentalmente a la atención y comprensión del componente conductual de la respuesta emocional, el cual incluye la movilización muscular principalmente de los músculos faciales. Estas expresiones faciales al igual que los cambios en la postura corporal cumplen funciones sociales útiles al permitir que los individuos comuniquen los que sienten, la emoción que experimentan y, más específicamente, lo que probablemente harán, indicando en algunas ocasiones que un peligro podría estar presente o que algo interesante parece ocurrir.

El entender este patrón conductual habitual y su asociación con respuestas simpáticas y parasimpáticas y hormonales subsecuentes permitirá posiblemente responder de forma adecuada e instantánea al estímulo emocional colaborando en la disminución de una activación fisiológica desproporcionada.

Brothers (citado por Goleman, 1996) señaló que la amígdala y sus conexiones con la zona de asociación de la corteza visual como parte del circuito cerebral, se relaciona con la empatía, la interpretación de las emociones incluye el circuito amígdalo – cortical, que juega un papel clave en la presentación de las respuestas adecuadas como resultado de la interpretación de las emociones de los demás que traerá como beneficios el ser más sociables y estar mejor adaptados emocionalmente.

5. Manejo de las Relaciones Interpersonales

Esta competencia aborda la importancia de que una persona se relacione satisfactoriamente con los otros a partir de alcanzar el autodomínio y la empatía. No obstante, no es únicamente el hecho de reconocer qué emoción experimenta el otro y qué se debe hacer frente a las propias emociones lo que hace a una persona más eficaz en el trato con los demás; es también indispensable que la persona sepa cuándo y cómo expresar las emociones, es decir,

discriminar la situación propicia para la expresión emocional, la cual debe ajustarse a las exigencias del momento.

Existen según Ekman (citado por Goleman, 1996) tres formas básicas de demostrar las emociones: minimizar, exagerar, y reemplazar las muestras de emoción. Lo bien que uno emplee estas formas y el saber cuándo hacerlo es un factor que determina las consecuencias inmediatas que el impacto de la expresión emocional produce en las personas que las reciben, aspecto que influye en el desarrollo o estancamiento de las relaciones interpersonales.

También es importante resaltar que acorde con lo planteado por Hatch y Gardner (citados por Goleman, 1996) son la capacidad de organización, la negociación de soluciones, la empatía y el análisis social que permite detectar y atender a las emociones, los motivos y preocupaciones de los demás; los aspectos determinantes para el éxito en el manejo de las relaciones interpersonales.

Además de abordar estas cinco competencias, el estudio de la inteligencia emocional se extiende hacia el conocimiento de la relación de ésta con el funcionamiento fisiológico del organismo, dado que la inteligencia emocional parece tener una base biológica considerable tal y como lo mostraron los estudios de Le Doux (citado por Mestre, J. y cols., 2000), los cuales encontraron que la amígdala cerebral juega un papel preponderante con relación a la inteligencia emocional.

La amígdala que es una parte del sistema límbico ubicada dentro de los lóbulos temporales actúa como un dispositivo que se activa frente a la intensidad de una emoción, así por ejemplo, cuando se produce una reacción emocional, la amígdala envía mensajes urgentes a cada parte importante del cerebro: provoca la secreción de las hormonas que facilitan el reaccionar, moviliza los centros del movimiento y activa el sistema cardiovascular, los músculos y los intestinos. Otros circuitos desde la amígdala indican la secreción de masas de hormonas norepinefrina para elevar la reactividad de zonas clave del cerebro, incluidas aquellas que hacen que los sentidos estén más despiertos y que ponen el cerebro en estado de alerta. Las señales adicionales que llegan desde la amígdala indican al tronco cerebral que de al rostro una expresión en particular, que paralice los movimientos inconexos que los músculos tenían en

preparación, que acelere el ritmo cardíaco y eleve la presión sanguínea y además disminuya la respiración.

Simultáneamente, los sistemas de la memoria cortical se ponen en marcha para recuperar cualquier conocimiento importante para la activación del momento colocándolos en un lugar prioritario con respecto a otras series de pensamientos y así determinar la forma de actuar ante dicha activación.

Así, mientras la amígdala trabaja preparando una reacción fundamentalmente impulsiva frente a la activación, otra parte del cerebro, los lóbulos prefrontales, permiten una respuesta más adecuada y correctiva. La corteza prefrontal parece entrar en acción cuando se presenta una emoción, cualquiera que ésta sea, pero contiene o controla la impulsividad de acción provocada por la amígdala con el fin de ocuparse más eficazmente de la situación inmediata; esta zona neocortical origina una respuesta más analítica o adaptativa frente a los impulsos emocionales provocados por la amígdala y otras zonas límbicas.

Desde esta perspectiva el ser humano posee dos tipos de inteligencia; una emocional regulada neuroanatómicamente por la amígdala cerebral y otra inteligencia racional determinada por el funcionamiento de la neocorteza (lóbulos prefrontales) y es la interacción entre estas estructuras límbicas la que determinará el adecuado desempeño intelectual y emocional del ser humano y la consecuente repercusión en sus diferentes esferas vitales; lo cual podría llevar a suponer que el aprender a conjugar pensamiento y emoción de una manera adecuada ayudaría al sujeto a mejorar en todo sentido su calidad de vida.

Es, entonces, importante resaltar que para Simon (2000) los pacientes con problemas cardiovasculares, entre ellos las personas con hipertensión, sujetos caracterizados por expresiones conductuales de competitividad, necesidad de logro, agresividad, impaciencia, inquietud, tensión muscular, sensación de estar constantemente presionados por el tiempo, propensión a valorar los acontecimientos como retos personales y reacciones hostiles; tienden a reaccionar a más situaciones con mayor actividad simpático – medular, mayor presión sanguínea, alta tasa cardíaca y mayor secreción de epinefrina y norepinefrina, lo cual los hace emocionalmente hiperreactivos, acelerados y poco reflexivos.

De allí que el hecho de que una persona aprenda a reconocer y a manejar sus emociones puede ayudarle a controlar la activación fisiológica que éstas producen. En el caso particular de las personas con hipertensión arterial esencial el aprender a reconocer en ellos mismos las emociones y controlarlas se verá traducido posiblemente en una disminución de sus niveles de tensión arterial. Del mismo modo el intentar que un paciente con hipertensión se automotive para alcanzar la meta de controlar su enfermedad puede resultar beneficioso para su salud. Además teniendo en cuenta que el patrón de conducta (tipo A) de las personas con hipertensión arterial se caracteriza por impaciencia, hostilidad y competitividad, lo cual los lleva a un mayor nivel de reactividad fisiológica y a sostener en su mayoría relaciones interpersonales tensas, el que estas personas reconozcan las emociones en los demás y aprendan a manejar de una forma más adecuada las relaciones con los otros apuntará al incremento de su bienestar.

Desde esta perspectiva se considera de marcada relevancia abordar, en un trabajo con pacientes con hipertensión arterial esencial, las cinco competencias planteadas por la Inteligencia Emocional a partir de un Entrenamiento en Manejo Emocional, entendido como una serie sistemática de actividades que tienen por objeto estimular el desarrollo de ciertas habilidades para el control de las emociones mediante la utilización de técnicas psicológicas que permitan a los pacientes apropiarse de la formulación y reformulación de conocimientos y del establecimiento de nuevas estrategias de acción que propicien su participación activa en la búsqueda de un mejoramiento de su salud. Con base en este postulado se propone entonces que las técnicas de intervención más apropiadas son las trabajadas por el enfoque cognitivo – conductual, abordadas desde la terapia de grupo la cual es por su propia naturaleza, fundamentalmente interpersonal. En ésta, la presencia de varios pacientes supone, para el terapeuta, la oportunidad de observar y para los pacientes, la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros. El grupo ofrece a los pacientes muchas oportunidades para aprender y practicar conductas y cogniciones a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución como lo afirmara Yalom (citado por Kaplan, H y cols., 1996), lo cual fundamentaría las bases del desarrollo de la inteligencia

emocional entendida, retomando a Salovey y Mayer (citados por Mestre, J. y cols., 2000) como una inteligencia de tipo social.

Para efectos de esta propuesta investigativa se organizó el programa de entrenamiento en manejo emocional en 5 paquetes de intervención, cada uno de los cuales consta de un conjunto de técnicas predeterminadas para la aplicación de cada fase.

Dichas técnicas fueron escogidas por las terapeutas teniendo en cuenta su efectividad empíricamente demostrada por varios autores, entre los cuales se destacan Rimm y Masters, Martin y Gavino y considerando además, que la realización de una terapia psicológica basada en técnicas que promuevan la interacción terapeuta – paciente, facilita el reforzamiento de las actitudes motivacionales de los individuos participantes y con este la modificación de conductas insanas y la adquisición de conductas saludables (Simon, 1999)

Terapia Cognitivo - Conductual

Terapia Conductual

La terapia de la conducta se entiende como el conjunto de una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente del aprendizaje para tratar la conducta humana de desadaptación. El término conducta se interpreta de manera general, incluyendo tanto una respuesta manifiesta como una respuesta cubierta, por ejemplo las emociones y las verbalizaciones implícitas.

Si se realiza un recuento histórico de la aparición de la terapia de conducta, parece que Lindsley, Skinner y Solomon (1953) fueron los primeros que utilizaron dicho término, sin embargo, con posterioridad, estos autores lo utilizaron con poca frecuencia al menos hasta los años setenta. A pesar de que Lazarus (1958) fue el siguiente en usar el término terapia de conducta cuando lo aplicó al marco de trabajo de la inhibición recíproca de Wolpe, el término cobró popularidad dentro de la orientación Pavloviana, con los aportes de Thorndike sobre el aprendizaje de recompensa y los escritos y experimentos de Watson y sus colaboradores. Otra contribución significativa fue la publicación de los escritos de Wolpe por parte de Eysenck quien fundó la primera revista especializada en terapia de la conducta. Estos son sólo algunos de los autores que contribuyeron al surgimiento y desarrollo de la terapia de la conducta;

paulatinamente fueron apareciendo otros autores como Bandura, Kanfer , Phillips y Yates, que han ofrecido importantes aportes para el estudio de esta terapia.

Teniendo en cuenta que la terapia de la conducta se basa en el planteamiento de algunos supuestos, se realizará a partir de éstos la explicación de la relevancia de trabajar con pacientes hipertensos bajo los parámetros de dicha terapia, la cual:

1. Se enfoca en la conducta de desadaptación en sí misma. Esto se explica en el interés que los terapeutas de este enfoque le dan a la conducta observable sin demeritar, sin embargo, la importancia de la influencia que eventos internos (cogniciones, autoverbalizaciones, etc) tienen sobre esta conducta. Así, Rimm y Masters (1984) afirmaron “los eventos internos provocados por estímulos externos sirven para mediar la respuesta perceptible “ (p.23). En el caso de pacientes con hipertensión, personas que ante ciertas situaciones responden con emociones intensas que median para producir niveles elevados de tensión arterial, el trabajar sobre el manejo emocional (conducta cubierta) permitirá que ellos posean un control más accesible sobre esta conducta aprendiendo a regularla, lo que repercutirá en la generación de un estado de bienestar, del mejoramiento de su salud.

2. Considera que los principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta de desadaptación. En el caso de los pacientes con hipertensión cuyo inadecuado manejo de las emociones se ve traducido en elevación en los niveles de tensión, el implementar técnicas de la terapia de la conducta basadas en los principios psicológicos del aprendizaje, servirá para que estos aprendan a controlar adecuadamente sus emociones y reduzcan por lo tanto sus niveles de tensión arterial.

3. Implica la especificación, claramente definida, de los objetivos del tratamiento. No se busca reestructurar toda la personalidad del paciente con hipertensión sino que aprenda a reconocer y manejar las emociones, motivarse para alcanzar una meta, reconocer las emociones en los demás y relacionarse mejor con ellos para lograr un mejor nivel de salud.

4. Se centra en el aquí y en el ahora, se debe reconocer que los pacientes con hipertensión realizan un mal manejo emocional como reacción a situaciones actuales y es precisamente

frente a estas situaciones ante las que debe producirse un cambio en el manejo emocional que realiza el paciente.

5. Supone que las técnicas clasificadas bajo el rótulo de terapia de la conducta han sido sometidas a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son relativamente efectivas para implementarlas al tratamiento tanto individual como de grupo en diferentes grupos socioeconómicos, étnicos, de edad y género.

Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva es un conjunto de métodos cognoscitivos que se aplican a la búsqueda de cambios en la conducta de desadaptación y en las emociones. La psicología cognitiva se interesa específicamente en los procesos del pensamiento; por ello un método cognitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento. En realidad cualquiera de las formas tradicionales de la psicoterapia es de naturaleza altamente cognoscitiva. Pero, tal como Beck , (citado por Rimm, D. Y Masters, J., 1984) ha señalado, la terapia cognitiva tal como se ha desarrollado en los últimos años, es en forma notable diferente a los métodos más tradicionales de tratamiento, en varios aspectos significativos: a) el tratamiento tiende a enfocar síntomas abiertos a un grado más amplio; b) se dedica poca atención a las experiencias infantiles del paciente; c) se pone poco interés en los constructos tradicionales como la sexualidad infantil, el inconsciente, etc.; d) por último, no se supone que la introspección en los orígenes de un problema sea necesariamente para su alivio.

Sin embargo, pese a que en el pasado las técnicas conductuales fueron separadas de las técnicas cognitivas; en años recientes se ha visto un esfuerzo por desarrollar un enfoque integrador de la psicoterapia, y las terapias cognitivas y conductuales han estado a la vanguardia de esta labor, siendo desde 1975 con Raimy que empieza a consolidarse el precepto de que los patrones de pensamiento pueden utilizarse en la modificación de las conductas desadaptativas, sustento fundamental de la Terapia Cognitivo – Conductual, cuyos representantes principales son Kelly, Ellis, Beck, Adler, Meichenbaum, entre otros , quienes han desarrollado un gran número de técnicas de intervención.

Técnicas

Atendiendo a las implicaciones tanto biológicas como cognitivas de la emoción ha podido plantearse, a partir de las teorías de autores como Reeve (1994) y Lazarus (citado por Moscoso, 1996) que para realizar un abordaje emocional adecuado desde una perspectiva de adquisición de conductas adaptativas deben considerarse, entre otras, las siguientes técnicas terapéuticas.

Refuerzo Sistemático

El terapeuta premia extrínsecamente a las personas que exhiben conductas deseadas . (Kazdin, citado por Reeve, 1994)

Modelamiento

Un experto hace la demostración de una conducta deseada, mientras que otra persona lo observa e imita esa conducta . (Bandura, citado por Reeve, 1994)

Moldeamiento

Se da forma a la conducta deseada reforzando una conducta distinta pero parecida y a continuación reforzando las conductas que más se parezcan a la deseada. (Fravell, citado por Reeve, 1994)

Educación

Un experto instruye al individuo en la exploración y descubrimiento de motivos , emociones y estrategias de afrontamiento. (Montessori, citado por Reeve, 1994)

Por tanto, y teniendo en cuenta que Goleman (1996) afirmó que el aprendizaje de las habilidades de la inteligencia emocional , en especial las referentes al reconocimiento y la expresión emocional (control emocional) se realiza de una forma más adecuada cuando se estimula mediante la instrucción explícita de la conducta deseada, fueron escogidas para esta propuesta investigativa las siguientes técnicas de la terapia cognitivo-conductual trabajadas desde una perspectiva grupal.

Procedimientos de Modelamiento

El modelamiento es un procedimiento en el que se presenta a un individuo una muestra de un comportamiento determinado para inducirle a que realice una conducta similar. La

presentación de los comportamientos que el individuo deberá imitar puede realizarse en vivo o simbólicamente (filmados). El efecto de un procedimiento de modelamiento puede no sólo ser la adopción de ciertas conductas modeladas por el cliente sino también en los aspectos correlativos de actitud y emoción de estos comportamientos.

El aprendizaje por imitación o modelamiento tiene resultados positivos en la terapia tanto individual como de grupo; puede servir para la adquisición de patrones de conductas nuevos, facilitación social de conductas apropiadas, desinhibición de conductas, el cambio o la extinción de una conducta no deseada.

Para llevar a cabo el modelamiento es necesario que se faciliten los siguientes aspectos:

1. Determinación de la conducta específica que se busca modelar. Si esta conducta es muy compleja debe dividirse en partes para modelarla en forma progresiva y gradual.
2. Establecimiento de la capacidad de imitación del sujeto. Si se encuentra que el sujeto no es capaz de imitar una conducta, o lo hace deficientemente se utiliza el reforzamiento para hacer que esta capacidad se adquiera o se incremente.
3. Selección de un modelo adecuado que deberá poseer un estatus elevado y credibilidad, así como la capacidad de realizar la conducta con el mayor realismo posible.
4. Hacer que el sujeto vea el modelo cuando realiza la conducta y reciba refuerzo por realizarla, reforzando las aproximaciones hasta alcanzar la conducta deseada.
5. Persuadir al cliente a la práctica de la conducta modelada en su ambiente natural.

Relajación Autógena

La relajación autógena es una técnica que busca enseñar al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación y vuelta a un estado normal de equilibrio. La finalidad de la relajación autógena es devolver a la normalidad los procesos físicos, mentales y emocionales que se hallan distorsionados por el estrés.

La realización de esta técnica de relajación, se da mediante cinco ejercicios básicos: el primer ejercicio incluye el aspecto de la sensación de pesadez y proporciona la relajación de los músculos estriados del cuerpo, es decir los músculos voluntarios que utilizamos para mover los brazos y las piernas. El segundo ejercicio trata el tema de la vasodilatación periférica; así, al

decir “su mano derecha está caliente”, los músculos de fibra lisa que controlan el calibre de los vasos sanguíneos de la mano se relajan con lo que permiten que acuda mayor cantidad de sangre a esta zona. Este proceso contrarresta la llegada masiva de sangre al tronco y a la cabeza que se produce de forma típica en la reacción de lucha o huida que se da ante el estrés. El tercer ejercicio está dedicado a la normalización de la actividad cardíaca y consiste simplemente en afirmar “sus latidos cardíacos son correctos”. El cuarto ejercicio regula el aparato respiratorio, la fórmula verbal para ello es “sienta su respiración tranquila y uniforme”. El quinto ejercicio relaja y calienta la región del abdomen: “sienta calor sobre su abdomen “. El último ejercicio sirve para reducir el flujo de sangre que acude a la cabeza y se lo consigue con la formula verbal “sienta frío sobre su frente”.

Relajación a Través de la Respiración

Esta técnica pretende proporcionar al cuerpo y a la mente una sensación de relajación a través de la realización de una respiración adecuada, sabiendo que la correcta respiración es una buena estrategia contra el estrés.

La relajación a través de la respiración se realiza de la siguiente manera:

1. Ubicación del paciente en una posición cómoda.
2. Exploración del cuerpo en busca de signos de tensión.
3. Hacer que el paciente coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
4. Solicitar que se tome aire, lenta y profundamente por la nariz haciéndolo llegar hasta el abdomen, levantando la mano que había colocado sobre él.
5. Pedir que se inhale aire por la nariz exhalándolo por la boca mediante un ruido suave y que posteriormente se realicen respiraciones largas , lentas y profundas que eleven y descieran el abdomen, fijándose en el sonido y la sensación que produce la respiración a medida que va relajándose.
6. Sugerir al paciente que se concentre en el movimiento ascendente y descendente de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda le proporciona.

7. Al finalizar, dedicar un poco de tiempo a la exploración del cuerpo una vez más, en busca de signos de tensión, comparando la tensión que se siente al acabar el ejercicio con la que se sentía al empezarlo.

Detención del Pensamiento

La detención del pensamiento es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamiento que son irrealistas, improductivos y/o generadores de malestar, y que inhiben la ejecución de una conducta deseada o dan lugar al inicio de una secuencia de conductas indeseadas.

Se ha comprobado que los pensamientos negativos y de miedo preceden invariablemente a emociones productoras de incomodidad. Por tanto, si se pueden controlar los pensamientos, los niveles de estrés, en general, pueden reducirse de forma importante. Esta técnica está recomendada cuando el problema de conducta radica a nivel del pensamiento y está indicada cuando los pensamientos e imágenes son experimentadas de forma desagradable y conducen a estados emocionales no deseables.

Para realizar la detención de pensamiento deben seguirse los siguientes pasos:

1. Se seleccionan y clarifican bien los pensamientos sobre los que se va a trabajar.
2. Se pide al sujeto que piense en la situación que desencadena el pensamiento perturbador.
3. Se busca una palabra que sea potente para el sujeto: alto, stop, basta.
4. Se busca un pensamiento alternativo (aserción cubierta) para sustituir el pensamiento perturbador.
5. Se realiza una interrupción de pensamientos abiertos por parte del terapeuta.
6. El terapeuta interrumpe los pensamientos cubiertos del cliente.
7. Interrupción abierta por parte del cliente de los pensamientos cubiertos.
8. Interrupción cubierta por parte del cliente de pensamientos cubiertos.
9. Se continúa con el procedimiento hasta que los pensamientos son efectivamente bloqueados y se haya podido establecer los pensamientos alternativos.

Solución de Problemas

La técnica de solución de problemas se define como un proceso cognitivo – conductual

que ayuda al sujeto a: a) Hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y b) Incrementar la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas, es un método de tratamiento que enfatiza la importancia de las operaciones cognitivas para comprender y resolver los conflictos intra e interpersonales, que se realiza a través de los siguientes pasos:

1. Orientación y sensibilización hacia los problemas
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de soluciones alternativas
4. Identificación y valoración de consecuencias. Toma de decisiones
5. Ejecución de la solución y verificación

Autoobservación

El automonitoreo o autoobservación, consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. La mayoría de la gente no está por completo consciente del grado en el que se involucra en diversas conductas, ya que de manera habitual son automáticas y rara vez observa su conducta. Sin embargo, cuando a las personas se les da la oportunidad de observar con cuidado su propia conducta, suelen presentarse cambios muy notables.

La información obtenida a través de la observación cuidadosa puede proporcionar retroalimentación importante sobre el nivel de conducta de la persona, de esta forma si la conducta se aparta de un nivel aceptable, puede iniciarse la acción correctiva hasta que el nivel se haya conseguido.

La autoobservación puede realizarse teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Determinar la conducta que va a ser autoobservada
2. Diseñar un registro que permita señalar la frecuencia, duración y circunstancias que desencadenan la conducta.
3. Enseñar a la persona a llevar su propio registro, el cual le dará una indicación diaria de la repercusión de sus propios esfuerzos por atender a la conducta, lo que suele significar un reforzamiento positivo para mantener o modificar la conducta.

Autoreforzamiento

El autoreforzamiento se ha empleado de forma amplia como una técnica de autocontrol por medio de la cual se entrena a los clientes para aplicarse consecuencias de forma contingente a la conducta en lugar de recibirlas de un agente externo, buscando que una conducta particular incremente en frecuencia. Para ello se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Determinar la conducta a reforzar.
2. Establecer qué tipo de reforzador se utilizará
3. Enseñar al cliente que debe ser él mismo quien se otorgue los reforzadores una vez alcanzada la conducta deseada.

Role Playing

El Role Playing es una técnica basada en la representación que el paciente hace de un papel que normalmente no es el propio y constituye una forma de lo que Kanfer y Phillips , (citado por Rimm y Masters 1984) denominaron terapia de replicación. Cuando se utiliza el role playing en un contexto terapéutico, suele pedirse al paciente que emita una serie de conductas distintas de las suyas habituales pero que el terapeuta supone realizables y útiles para él en la vida real.

Más concretamente, se solicita al paciente que replique una situación de su vida que haya tenido lugar o que es probable que se dé, haciendo que la represente de otro modo distinto, quizá más adaptativo de cómo él se comportaría o piensa que se comportaría.

Empatía Adecuada a Nivel Primario

Carkhuff , (citado por Egan, 1981) distingue dos niveles de adecuado entendimiento empático. A un nivel de intercambio el terapeuta comunica su entendimiento de las experiencias y sentimientos del paciente que están más o menos ya disponibles para la percepción del paciente; en un nivel de adición, el terapeuta sondea más profundamente, comunicando el entendimiento de sentimientos, experiencias y motivaciones que el paciente expresa en formas implícitas no disponibles a su conciencia. Se usa el término de nivel primario de empatía exacta para el primer nivel (Intercambiable) y empatía exacta avanzada para el último nivel (Aditivo). La Empatía Adecuada a Nivel Primario conlleva el comunicar el

entendimiento básico inicial de lo que el paciente está sintiendo y a qué experiencias alude este sentimiento; el terapeuta comunica su entendimiento al paciente en sus propias palabras sobre lo expresado acerca de sí mismo sin intentar escarbar en lo implícito. En comparación, la Empatía Adecuada Avanzada consigue no sólo que el paciente exprese lo que siente sino sus implicaciones, las que ha dejado sin declarar o no ha expresado claramente.

Psicoeducación

Los procesos psicoeducativos son mensajes de contenido básicamente informativo que educan a los individuos en relación con las conductas de salud y que se basan en los principios relativos a la comunicación persuasiva que desde el punto de vista del receptor según Mc Guire (citado por Latorre y Beneit, C., 1994) debe tener en cuenta los siguientes aspectos: atención, comprensión, aceptación, retención y acción. En primer lugar, para que una comunicación sea efectiva debe conseguir la atención de la audiencia. Los contenidos del mensaje deben ser, además, comprendidos por los receptores del mismo, de la misma manera que los argumentos presentados en favor de las recomendaciones de salud que han de ser aceptados. También es necesario que el contenido de la comunicación sea retenido y recordado; aquí intervienen factores como el dinamismo y vivacidad del mensaje, la frecuencia con que el mismo sea repetido o el hecho de que el mensaje de salud incluya contenidos cercanos y familiares para los oyentes. Finalmente, el mensaje debe incluir instrucciones específicas para la acción.

Las investigaciones han demostrado de forma consistente que la efectividad de las comunicaciones de salud depende, en gran medida, de la existencia de instrucciones sobre cómo, cuándo y dónde poner en práctica las recomendaciones (Leventhal, citado por Latorre y Beneit, 1994). Con ello se eliminan algunas barreras que pueden constituir un obstáculo para llevar a cabo la conducta de salud, y se consigue que los individuos se sientan competentes, es decir, se crean capaces de poner en práctica esa conducta de salud. (Leventhal y Cleary, citado por Latorre y Beneit, 1994)

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Tipo de Investigación

Investigación de enfoque cuantitativo con diseño cuasi-experimental de series temporales, este diseño incluye un grupo experimental.

La variable dependiente fue medida antes, durante (varias mediciones) y después del tratamiento. El efecto del tratamiento se determinó por la diferencia entre las medidas tomadas al grupo antes (promedio inicial o preprueba) durante y después (promedio final o postprueba) de la intervención, siendo estas múltiples medidas efectuadas las que hacen que el diseño de series temporales sea confiable.

Esta investigación es cuasi- experimental porque se realizó con un grupo experimental predeterminado.

Variables

Variable Dependiente. Hipertensión Arterial Esencial.

Variable Independiente. Programa de Entrenamiento en Manejo Emocional.

Variable para el Análisis de Resultados. Paquetes de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual.

Universo

Pacientes con hipertensión arterial esencial inscritos al programa de hipertensión arterial esencial de Prosalud Ltda., seccional Pasto.

Población

Grupo de 38 personas con hipertensión arterial esencial inscritos a Prosalud Ltda., seccional Pasto que se encuentran en control permanente de sus cifras de tensión arterial y asisten regularmente a reuniones programadas por la institución. Personas cuyas edades oscilan entre 50 y 70 años que reciben tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial esencial y de las cuales el 95% pertenece al género femenino.

Muestra

La muestra fue constituida por doce pacientes con hipertensión arterial esencial pertenecientes al grupo de Prosalud Ltda., seccional Pasto que asiste a control médico

permanente y realiza una toma mensual de sus cifras de tensión arterial quienes participaron voluntariamente en el estudio; personas con las siguientes características:

1. Pertenecer a los niveles tensionales 1 y 2 según la clasificación del Joint National Comitee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Plessure.
2. Pertenecer al género femenino.
3. Recibir tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial esencial.
4. No presentar enfermedades asociadas.
5. Pertenecer a un rango de edad entre 50 y 70 años.

Teniendo en cuenta que el tamaño de los grupos para la intervención psicológica puede variar entre cuatro y quince personas, aunque la mayoría de los clínicos considera que ocho es el número ideal de pacientes. Y que una revisión de la bibliografía acerca de terapia de grupos, Kellerman (citado por Kaplan, 1996) señalo que lo importante no es tanto el número exacto de pacientes (que no debe exceder quince) como el hecho de que los miembros del grupo posean similitud en la naturaleza de los problemas, condición a la que se dio cumplimiento en este estudio siendo la hipertensión arterial esencial el punto de similitud entre los participantes puede considerarse que la muestra fue adecuadamente escogida. Además, es importante considerar que psicólogos clínicos como Salvendy (citado por Kaplan, 1996) han indicado que cuando se ha realizado un proceso de asistencia voluntaria la tasa de participación ha sido significativamente más alta aumentando la comprensión de los procesos grupales y adquiriendo con más rapidez una conducta grupal favorecedora de los procesos de intervención influyendo positivamente sobre los efectos de la misma.

Instrumentos de Recolección de Datos

Toma de la Tensión Arterial. Es el procedimiento que se sigue para determinar la fuerza que ejerce la sangre en el interior de las arterias al ser impulsada por el corazón. El equipo que se utilizó para realizar la medición de la tensión arterial fue un tensiómetro digital, aparato electrónico que por medio de una serie de sensores calcula la tensión arterial sistólica y diastólica del paciente.

Contrato Conductual. Es el instrumento en el cual se especifica de mutuo acuerdo entre el paciente y el terapeuta, las fechas de asistencia a las reuniones, la hora, los objetivos del tratamiento y el compromiso de realizar los ejercicios acordados para alcanzar los objetivos del programa (ver anexo).

Ficha de Control del Programa de Entrenamiento en Manejo Emocional. Instrumento en el cual se consignan los datos de identificación del paciente, las cifras de tensión arterial que presenta después de cada fase de intervención y los promedios y niveles tensionales iniciales y finales. Ficha individual diligenciada por las terapeutas. (ver anexo).

Ficha de Control Médico. Instrumento en el cual se consignan los datos de identificación del paciente con hipertensión arterial esencial y sus cifras de tensión arterial mensual desde el momento en el que se inscribe en el programa de hipertensión arterial dirigido por Prosalud Ltda., seccional Pasto. Ficha individual diligenciada por el personal de enfermería de la institución.

Plan de Análisis de Datos

Como criterio se utilizó la toma de la tensión arterial.

Para determinar las cifras de tensión arterial regular que presentaban los pacientes hipertensos se tomó de la ficha de tratamiento médico las cifras tensionales manejadas por cada uno de ellos durante los cuatro meses anteriores a la iniciación del entrenamiento teniendo en cuenta que a los pacientes se les realiza mensualmente una toma de sus cifras de tensión y con éstas se realizó un promedio inicial (preprueba) y se determinó el tipo de hipertensión inicial.

Una vez iniciada la aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional se realizó una toma de la tensión arterial al finalizar cada fase de intervención, con las cifras obtenidas se realizó un promedio final (postprueba) y se determinó el tipo de hipertensión final.

Los promedios obtenidos con las cifras tensionales se consignaron en la ficha de control para su posterior comparación y análisis estadístico.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico STATGRAPHICS.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

La aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional disminuirá las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial.

Hipótesis estadísticas

Hipótesis nula. La aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional no disminuirá en promedio las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial.

Hipótesis alterna. La aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional disminuirá en promedio las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial.

RESULTADOS

En esta investigación se aplicó un programa de Entrenamiento en Manejo Emocional con el fin de determinar su efectividad en la disminución de las cifras de tensión arterial de pacientes con hipertensión arterial esencial, tomando como grupo de estudio a los pacientes pertenecientes a Prosalud Ltda., seccional Pasto que asisten mensualmente a control médico y toma de las cifras de tensión arterial. De este grupo de 38 personas se tomó una muestra de sujetos voluntarios de tamaño 12.

Promedio inicial de las cifras de tensión arterial (preprueba)

Se estableció, para cada uno de los sujetos de la muestra, un promedio inicial de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica presentadas durante los cuatro meses anteriores a la iniciación del programa de intervención, cifras que se obtuvieron de la ficha de control médico. Este promedio inicial fue tomado como preprueba, representando las cifras tensionales de los sujetos sin haber sido sometidos a ningún tratamiento. (ver Tabla 2)

Tabla 2

Promedio Inicial de Cifras Tensionales de los Sujetos de la Muestra

Sujeto	Primer mes		Segundo mes		Tercer mes		Cuarto mes		Promedio inicial (Preprueba)	
	TS	TD	TS	TD	TS	TD	TS	TD		
1	164	94	165	85	172	87	167	100	167	91
2	154	97	155	82	155	89	153	101	154	92
3	151	83	148	90	146	80	145	97	147	87
4	140	75	141	79	139	82	141	84	140	80
5	174	83	165	76	163	77	170	94	168	82
6	164	89	171	85	158	86	156	100	162	90
7	163	98	159	84	159	82	153	102	158	91
8	188	81	181	79	166	80	162	86	174	81
9	139	72	139	64	142	71	140	74	140	70
10	142	83	141	75	141	80	140	84	141	80
11	162	76	171	72	158	69	150	85	160	75
12	159	59	157	61	172	58	162	63	162	61

Nota. TS = tensión sistólica; TD = tensión diastólica

Clasificación inicial por tipos de hipertensión

Se clasificó a cada uno de los pacientes según el tipo de hipertensión que presentaran de acuerdo al promedio inicial de las cifras de tensión arterial sistólicas y diastólicas (preprueba), como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3

Tipos de Hipertensión en Preprueba

Sujetos	Hipertensión Sistólica		Hipertensión Diastólica		Sujetos	Hipertensión Sistodiastólica	
	TS	TD	TS	TD		TS	TD
3	147	87			1	167	91
4	140	80			2	154	92
5	168	82			6	162	90
8	174	81			7	158	91
9	140	70					
10	141	80					
11	160	75					
12	162	61					

Nota. TS = tensión sistólica; TD = tensión diastólica

Los datos arrojados por la Tabla 3 permitieron observar que según las cifras tensionales que presentaron los sujetos sin ser sometidos a ningún tratamiento, se clasificaron de la siguiente manera: los sujetos 3,4,5,8,9,10,11 y 12 presentaban hipertensión sistólica, los sujetos 1,2,6 y 7 mostraron una hipertensión de tipo sistodiastólica y ninguno de los sujetos del grupo de estudio pertenecía al tipo de hipertensión diastólica.

Programa de entrenamiento en manejo emocional

El mismo grupo de pacientes fue sometido a un programa psicoterapéutico de entrenamiento en manejo emocional diseñado por las terapeutas, el cual está conformado por cinco paquetes de intervención denominados:

- 1) Reconocimiento de las propias emociones, 2) Control de las propias emociones, 3) Motivarse a sí mismo, 4) Reconocimiento de las emociones en los demás, y 5) Manejo de las relaciones interpersonales.

Programa de Entrenamiento en Manejo Emocional para Personas con Hipertensión Arterial Esencial

La aplicación del presente programa tuvo como objetivo fundamental facilitar en personas con Hipertensión Arterial Esencial, el manejo de las emociones a partir de la teoría de la Inteligencia Emocional planteada por Salovey y Mayer y desarrollada por Goleman.

Con la realización de este programa se pretendió facilitar a los pacientes hipertensos el dominio de cinco habilidades específicas que revisten gran importancia en el comportamiento emocional de las personas: Reconocer las propias emociones, controlar las propias emociones, motivarse a sí mismo, reconocer las emociones en los demás y manejar adecuadamente las relaciones interpersonales.

Desde el punto de vista funcional el programa se dividió en fases, cuya aplicación se realizó acorde con el orden de las competencias propuestas por Goleman en su libro La Inteligencia Emocional, se llevó a cabo durante dos meses aproximadamente, realizando una sesión grupal cada semana.

Objetivos del programa

Concientizar a los pacientes acerca de la existencia de una relación directa entre el manejo emocional y la Hipertensión Arterial Esencial.

Facilitar a los pacientes las herramientas necesarias que les permitan estimular el desarrollo de habilidades para el manejo adecuado de las respuestas emocionales.

Entrenar a los pacientes en el uso de técnicas de terapia cognitivo comportamental que faciliten la adquisición de una mejor calidad de vida a partir de cambios en el repertorio comportamental.

Contribuir al establecimiento de un adecuado trabajo terapéutico que proporcione atención integral al paciente dando importancia tanto a sus afecciones físicas como a sus problemáticas emocionales con la realización de un control continuo de estos aspectos.

Descripción del Programa

Fase I: Motivacional

Objetivo General

Motivar a los pacientes hipertensos a participar en la aplicación del programa de Entrenamiento en Manejo Emocional.

Objetivos Específicos

Estimular el surgimiento de una relación empática entre las terapeutas y los participantes, estableciendo un clima de confianza favorable para la realización del proceso terapéutico.

Proporcionar información a los pacientes sobre los objetivos y temáticas a abordar en el programa de intervención.

Introducir a los participantes en el conocimiento de las técnicas de terapia cognitivo – conductual de grupos planteadas en el programa de Entrenamiento en Manejo Emocional.

Establecer un compromiso entre los pacientes y las terapeutas frente al proceso terapéutico a través del diligenciamiento de un contrato conductual con cada participante. (Ver anexo).

Evaluar esta fase inicial.

Metodología

Los objetivos propuestos en esta fase se desarrollaron mediante las siguientes estrategias:

Realización de una dinámica de integración que promovió el establecimiento de una relación empática intragrupal.

Explicación del plan de trabajo y los aspectos éticos de la investigación a través de una exposición clara y didáctica que facilitó la participación activa de los asistentes.

Ejecución de una actividad de expresión corporal que permitió fortalecer el aprendizaje de conceptos relacionados con el programa de intervención.

Planteamiento de algunos aspectos referentes a la fundamentación teórica del programa de intervención, de manera breve y concisa.

La actividad realizada fue evaluada por los participantes.

Inscripción de las personas interesadas en participar en el programa de Entrenamiento en Manejo Emocional.

Cierre de la sesión.

Fase II: Preprueba

Objetivo General

Determinar el promedio inicial de las cifras tensionales de cada uno de los pacientes, el cual corresponde a la preprueba en el programa.

Objetivos Específicos

Calcular el promedio de las cifras de tensión arterial regular que presentó cada uno de los pacientes con hipertensión arterial esencial durante los cuatro meses anteriores al inicio del programa de Entrenamiento en Manejo Emocional.

Establecer el tipo de hipertensión arterial actual que presenta cada uno de los pacientes con hipertensión arterial esencial de acuerdo al promedio inicial de las cifras de tensión arterial sistólicas y diastólicas

Metodología

Revisión de la ficha individual de tratamiento médico diligenciada en Prosalud Ltda., seccional Pasto.

Establecimiento del promedio individual de tensión arterial.

Toma de la tensión arterial a cada uno de los miembros del grupo.

Consignación de las cifras de tensión arterial obtenidas, en la ficha de control individual diligenciada por las terapeutas.

Cierre de la sesión.

Fase III: Reconocimiento de las Propias Emociones

Objetivo general

Propiciar el desarrollo de la habilidad para entender progresivamente los estados internos facilitando a los participantes las herramientas cognitivo- conductuales más adecuadas.

Objetivos Específicos

Brindar a los pacientes, técnicas cognitivo-conductuales que les permitan reconocer que están sintiendo una emoción.

Entrenar a los pacientes para que utilicen diferentes técnicas psicológicas que les posibiliten la rotulación de la emoción experimentada.

Proporcionar a los participantes estrategias psicológicas que les permitan diferenciar entre la emoción experimentada y otro grupo de emociones.

Retroalimentar con los participantes la intervención realizada.

Establecer las cifras de tensión arterial que presenta cada uno de los pacientes con hipertensión arterial esencial al finalizar la fase.

Metodología

Los métodos que se implementaron para la consecución de los objetivos de esta fase fueron:

Realización de una actividad lúdica introductoria al tema que propició el conocimiento e integración de los participantes.

Explicación teórica de la temática a tratar.

Implementación de las técnicas cognitivo – conductuales de autoobservación, moldeamiento, modelamiento y autoreforzamiento a través de la ejecución de actividades lúdicas que facilitaron el reconocimiento y la rotulación de emociones enfatizando en las destrezas de empatía adecuada a nivel primaria y empatía adecuada avanzada.

Aplicación de la técnica de relajación con respiración profunda.

Planteamiento de la tarea: Autorregistro de emociones diarias.

La evaluación de la sesión fue realizada por los participantes mediante lluvia de ideas.

Toma de la tensión arterial a cada uno de los participantes y consignación de las cifras obtenidas, en las fichas de control diligenciadas por las terapeutas.

Cierre de la sesión.

Fase IV: Control de las Propias Emociones.

Objetivo General

Facilitar el desarrollo de la capacidad de autodominio emocional a partir de la enseñanza a los pacientes de estrategias cognitivo – conductuales de autocontrol.

Objetivos Específicos

Entrenar a los participantes en el manejo adecuado de las intensidades de la emoción a través del uso de diferentes técnicas cognitivo – conductuales.

Retroalimentar con los participantes la intervención realizada.

Establecer las cifras de tensión arterial que presenta cada uno de los pacientes con hipertensión esencial al finalizar la fase.

Metodología

Para la obtención de los objetivos descritos en esta fase se realizó:

Una actividad grupal que permitió introducir la temática a tratar.

Se explicó los temas a abordar y se clarificó su importancia en la conservación de la salud.

Se realizó actividades dinámicas a nivel grupal que permitieron la explicación y el entendimiento de las técnicas cognitivo-conductuales de detención del pensamiento y modelamiento mediante videos, utilizando también el role playing y el moldeamiento in vivo.

La evaluación de la sesión fue realizada por los participantes.

Se planteó la tarea: Informe sobre los motivos para controlar mis emociones.

Explicación del procedimiento de relajación autógena y aplicación.

Se realizó la toma de la tensión arterial a cada uno de los participantes y la consignación de las cifras obtenidas en las fichas de control diligenciadas por las terapeutas.

Cierre de la sesión

Fase V: Motivarse a Sí Mismo

Objetivo General.

Entrenar a los pacientes para que aprendan mediante técnicas de la terapia cognitivo – conductual a guiar las emociones para alcanzar una meta.

Objetivos Específicos.

Facilitar a los pacientes herramientas adecuadas para que desarrollen la certeza de autoeficacia en el manejo de sus emociones.

Entrenar a los pacientes en la utilización de las emociones como estrategia para llegar a la meta de controlar su enfermedad.

Retroalimentar con los participantes la intervención realizada.

Determinar las cifras de tensión arterial que presenta cada uno de los pacientes con hipertensión esencial al finalizar la fase.

Metodología.

Esta fase se estructuró de la siguiente manera:

Realización de una actividad dinámica de cooperación, introductoria al tema.

Presentación teórica del tema a tratar en la sesión y explicación de los objetivos que se pretendía alcanzar.

Planteamiento de actividades competitivas con el fin de promover la participación activa de los asistentes lo cual facilitó el autoreforzamiento de conductas de autoeficacia y la formulación de estrategias para el control de la tensión arterial utilizando como herramienta cognitiva la psicoeducación y las destrezas de empatía adecuada a nivel primario y a nivel avanzado.

Los pacientes evaluaron la sesión realizada.

Planteamiento de la tarea: Autoobservación de metas para el control de la tensión arterial.

Toma de la tensión arterial a cada uno de los miembros del grupo y consignación de las cifras obtenidas, en las fichas de control diligenciadas por las terapeutas.

Cierre de la sesión.

Fase VI: Reconocimiento de las Emociones en los Demás.

Objetivo General.

Estimular en los pacientes el desarrollo de la capacidad empática.

Objetivos específicos.

Dar a conocer a los participantes las formas más usuales de expresar las emociones.

Proporcionar a los pacientes herramientas de la terapia cognitivo conductual que les permitan reconocer adecuadamente las emociones expresadas por los demás.

Retroalimentar con los pacientes la intervención realizada.

Establecer las cifras de tensión arterial de cada uno de los miembros del grupo al terminar la fase.

Metodología.

La estructura para alcanzar los objetivos de esta sesión fue la siguiente:

Dar a conocer la temática a tratar mediante la realización de una actividad dinámica a nivel grupal.

Exposición de los objetivos planteados para esta sesión.

Explicación de la habilidad de reconocimiento de las emociones en los demás y estimulación de su comprensión y desarrollo a través de la realización de actividades que permitieron la práctica del role playing, el modelamiento en vivo y la profundización en las destrezas de empatía adecuada a nivel primario y a nivel avanzado.

La evaluación de la sesión fue realizada por los participantes mediante lluvia de ideas.

Se planteó la tarea: Auto informe sobre la manera habitual de resolver conflictos.

Se realizó la toma de la tensión arterial a cada uno de los miembros del grupo y la consignación de las cifras obtenidas, en las fichas de control diligenciadas por las terapeutas.

Cierre de la sesión.

Fase VII: Manejo de las Relaciones Interpersonales.

Objetivo General.

Brindar a los pacientes estrategias cognitivo – conductuales que les permitan el desarrollo de la habilidad para relacionarse adecuadamente con los demás.

Objetivos Específicos.

Fortalecer en los participantes la habilidad de atender a las emociones de los demás para facilitar la relación con los otros.

Entrenar a los pacientes mediante la utilización de técnicas cognitivo – conductuales en la discriminación de la forma adecuada para expresar las emociones a los demás.

Retroalimentar con los pacientes la intervención realizada.

Determinar las cifras de tensión arterial que presenta cada uno de los miembros del grupo al finalizar la fase.

Metodología.

La realización de esta sesión siguió el presente esquema:

Se dio a conocer a los participantes el tema a tratar y sus aplicaciones a la vida cotidiana con la realización de una actividad de trabajo en grupo.

Se explicó los objetivos planteados para la presente sesión.

Se realizaron actividades grupales que permitieron enfatizar o fortalecer conductas asertivas y conductas adecuadas de resolución de problemas a través de la psicoeducación y el role playing.

La sesión fue evaluada por los pacientes.

Se planteó la tarea: Descripción individual de qué se aprendió con el programa de Entrenamiento en Manejo Emocional.

Se tomó la tensión arterial a cada uno de los participantes y se consignó las cifras obtenidas, en las fichas de control.

Cierre de la sesión.

Fase VIII: Terminación y Cierre.

Objetivo General.

Evaluar el programa de intervención teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cada fase de aplicación.

Objetivos Específicos.

Realizar un cierre adecuado del proceso terapéutico mediante actividades grupales lúdicas y de retroalimentación.

Metodología.

Para la evaluación del proceso se tuvo en cuenta las siguientes actividades:

Exposición por cada uno de los miembros del grupo acerca de la experiencia vivida durante la intervención.

Cierre terapéutico a través de una jornada lúdica.

Realización y entrega de tarjetas recordatorias del proceso terapéutico vivido, elaboradas por los participantes.

Cierre de la sesión.

Fase IX: Postprueba.

Objetivo General.

Establecer el promedio de las cifras de tensión arterial presentadas por los participantes desde la finalización de la fase I hasta la conclusión de la fase VII.

Objetivos Específicos.

Determinar el promedio de las cifras de tensión arterial presentado por cada uno de los participantes en el programa durante las fases de intervención.

Clasificar a los pacientes hipertensos según el tipo de hipertensión arterial en que se encuentren de acuerdo al promedio final de las cifras de tensión sistólicas y diastólicas.

Realizar el análisis de los datos establecidos y de los resultados obtenidos.

Metodología.

Revisión de las fichas de control individual diligenciadas por las terapeutas.

Establecimiento del promedio de las cifras de tensión arterial de cada uno de los miembros del grupo.

Procesamiento de los datos mediante el programa estadístico Statgraphics.

Fase X: Socialización de Resultados.

Objetivo General.

Socializar con los participantes y el personal de Prosalud Ltda. Pasto y la Universidad de Nariño, los resultados obtenidos y las conclusiones de la investigación.

Recibir la retroalimentación pertinente a la socialización planteada.

Metodología

Exposición participativa.

Retroalimentación mediante lluvia de ideas.

Promedio final de las cifras de tensión arterial (postprueba)

Después de llevar a cabo el programa de Entrenamiento en Manejo Emocional se realizó en los miembros del grupo una toma de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica, posterior a la aplicación de cada uno de los paquetes de intervención y con estas cifras se estableció un promedio individual final de tensión, el cual fue tomado como postprueba, como se observa en la Tabla 4.

Tabla 4

Promedio Final de Cifras Tensionales de los Sujetos de la Muestra

Sujeto	PI1		PI2		PI3		PI4		PI5		Promedio final (Postprueba)	
	TS	TD	TS	TD	TS	TD	TS	TD	TS	TD	TS	TD
1	197	99	157	89	156	88	161	79	166	98	167	90
2	161	93	153	77	151	93	151	85	149	82	153	86
3	153	87	147	105	140	85	129	69	128	85	139	86
4	130	65	129	76	121	74	127	80	130	68	127	72
5	162	102	154	80	145	80	152	79	140	70	150	82
6	182	103	141	103	140	103	191	102	188	92	168	100
7	160	96	160	81	155	97	150	97	140	85	153	91
8	163	68	153	68	157	94	154	74	152	72	155	75
9	156	84	139	74	111	76	132	73	136	79	134	77
10	156	82	146	74	113	73	138	77	136	80	137	77
11	151	80	131	72	161	62	142	85	152	89	147	77
12	189	51	171	83	170	57	150	64	140	80	165	67

Nota: PI1 = paquete de intervención 1, PI2 = paquete de intervención 2, PI3 = paquete de intervención 3, PI4 = paquete de intervención 4, PI5 = paquete de intervención 5; TS = tensión sistólica, TD = tensión diastólica.

Clasificación final por tipos de hipertensión.

Después de la realización del promedio final, los pacientes de la muestra a estudio fueron clasificados en el tipo de hipertensión al cual pertenecían desde el punto de vista del promedio final de sus cifras tensionales sistólicas y diastólicas (postprueba), como lo indica la Tabla 5.

Tabla 5

Tipos de Hipertensión en Postprueba.

Sujeto	Hipertensión Sistólica		Sujeto	Hipertensión Diastólica		Sujeto	Hipertensión Sistodiastólica		Sujeto	Tensión normal alta		Sujeto	Tensión normal	
	TS	TD		TS	TD		TS	TD		TS	TD		TS	TD
2	153	86				1	167	90	3	139	86	4	127	72
5	150	82				6	168	100	9	134	77			
8	155	75				7	153	91	10	137	77			
11	147	77												
12	165	67												

Nota. TS = tensión sistólica; TD = tensión diastólica

Con los datos consignados en la Tabla 5 pudo observarse que de acuerdo con las cifras tensionales que presentaron los sujetos después de ser sometidos al programa de entrenamiento en manejo emocional, se clasificaron así: los sujetos 2,5,8,11 y 12 se encontraban en una hipertensión de tipo sistólica, los sujetos 1,6, y 7 presentaban hipertensión sistodiastólica, los sujetos 3,9 y 10 se ubicaron en el nivel denominado tensión normal alta mientras que el sujeto 4 presentó una tensión normal.

Relación preprueba – postprueba

Una vez realizadas la preprueba y la postprueba se efectuó mediante el paquete estadístico STATGRAPHICS la comparación entre las cifras tensionales en la preprueba y las cifras tensionales en la postprueba a través de una diferencia de medias para datos pareados. (ver Tabla 6)

Tabla 6

Datos Pareados.

Sujeto	Preprueba		Postprueba	
	TS	TD	TS	TD
1	167	91	167	90
2	154	92	153	86
3	147	87	139	86
4	140	80	127	72
5	168	82	150	82
6	162	90	168	100
7	158	91	153	91
8	174	81	155	75
9	140	70	134	77
10	141	80	137	77
11	160	75	147	77
12	162	61	165	67

Nota. TS = tensión sistólica, TD = tensión diastólica; Preprueba = promedio de las cifras tensionales de los pacientes antes de la aplicación del programa, Postprueba = promedio de las cifras tensionales después de la aplicación de los cinco paquetes de intervención.

Con el propósito de determinar si existía diferencia significativa entre la preprueba y la postprueba se planteó la siguiente hipótesis estadística:

Hipótesis nula

El promedio de la tensión arterial de los pacientes en la preprueba es igual al promedio de la tensión arterial de éstos en la postprueba, es decir, la aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional no reduce en promedio las cifras de tensión arterial de los sujetos de la muestra.

$H_0: \mu \text{ preprueba} = \mu \text{ postprueba}$

Hipótesis alterna

El promedio de la tensión arterial de los pacientes en la postprueba es menor que el promedio de la tensión arterial de éstos en la preprueba, es decir, la aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional reduce en promedio las cifras de tensión arterial de los sujetos de la muestra.

$H_1: \mu \text{ preprueba} > \mu \text{ postprueba}$

Se encontró que el p-valor* de la prueba t es menor que 0.05, en nuestro caso el $p = 0.0083$, existe entonces diferencia significativa entre las medias de preprueba y postprueba, por tanto, se rechaza la hipótesis nula con una confiabilidad del 99.17 % y se acepta la hipótesis alterna.

Relación preprueba – paquetes de intervención

Para determinar la efectividad de los paquetes de intervención, se comparó los resultados de la preprueba con los resultados de los cinco paquetes de intervención, empleando el análisis de varianza. La salida del paquete STATGRAPHICS se describe a continuación en la Tabla 7.

Tabla 7

Análisis de Varianza para Cifras de Tensión Sistólica

Fuente	Suma de cuadrados	GL	Cuadrado medio	F. calculada	P-Valor
Entre grupos	3246.94	5	649.38	2.44	0.0429
Dentro de grupos	17533.0	66	265.65		
Total	20779.9	71			

Nota. GL = Grados de libertad. P – valor = determinante de significatividad, $P - \text{valor} < 0.05 = >$ significatividad.

en la tabla 7 se observa que existe diferencia significativa entre las cifras de tensión sistólica en preprueba y las cifras de tensión sistólica en los 5 paquetes de intervención puesto que $p -$

* p – valor = mínimo nivel de significancia al que se rechaza una hipótesis nula. Por lo general se toma $p \leq 0.05$.

valor es menor que 0.05, en este caso, $p = 0.042$; es decir, existieron paquetes de intervención dentro del programa que produjeron resultados diferentes con respecto a la tensión sistólica.

Para saber, entonces, cuáles paquetes de intervención fueron más efectivos para reducir la tensión arterial sistólica, de los pacientes del grupo se aplicó una prueba de Duncan. (ver Tabla 8)

Tabla 8

Prueba de Duncan para Comparaciones Múltiples para Tensión Sistólica

Tratamiento	Tamaño de Muestra	Media	Grupos Homogéneos
TS3	12	143.333	X
TS5	12	146.417	X
TS4	12	148.083	X
TS2	12	148.917	X
TS PRE	12	156.083	X X
TS1	12	163.333	X

La Tabla 8 permite observar que al realizar la comparación de las medias de tensión sistólica en preprueba con las medias de tensión sistólica de cada uno de los paquetes de intervención, los resultados son:

No hay diferencia significativa entre el paquete de intervención 1 y la preprueba, es decir, que el paquete de intervención denominado reconocimiento de las propias emociones al igual que la preprueba no es efectivo en la disminución de las cifras de tensión arterial sistólica.

Se encuentra diferencia significativa entre la preprueba y los paquetes de intervención 2,3,4 y 5, es decir, que los paquetes de intervención denominados control de las propias emociones, motivarse a sí mismo, reconocimiento de las emociones en los demás y manejo de las relaciones interpersonales son efectivos en las disminución de las cifras de tensión arterial sistólica.

Al comparar la preprueba con los paquetes de intervención 2,3,4 y 5 se encuentra que el paquete 3 denominado motivarse a sí mismo es el más efectivo en la disminución de las cifras de tensión sistólica, seguido en efectividad por el paquete 2 nombrado como manejo de las relaciones interpersonales; como tercero en efectividad se encuentra el paquete de intervención 4 llamado reconocimiento de las emociones en los demás y en cuarto lugar se encuentra el paquete 5 de control de las propias emociones, tal como lo indica la Figura 1.

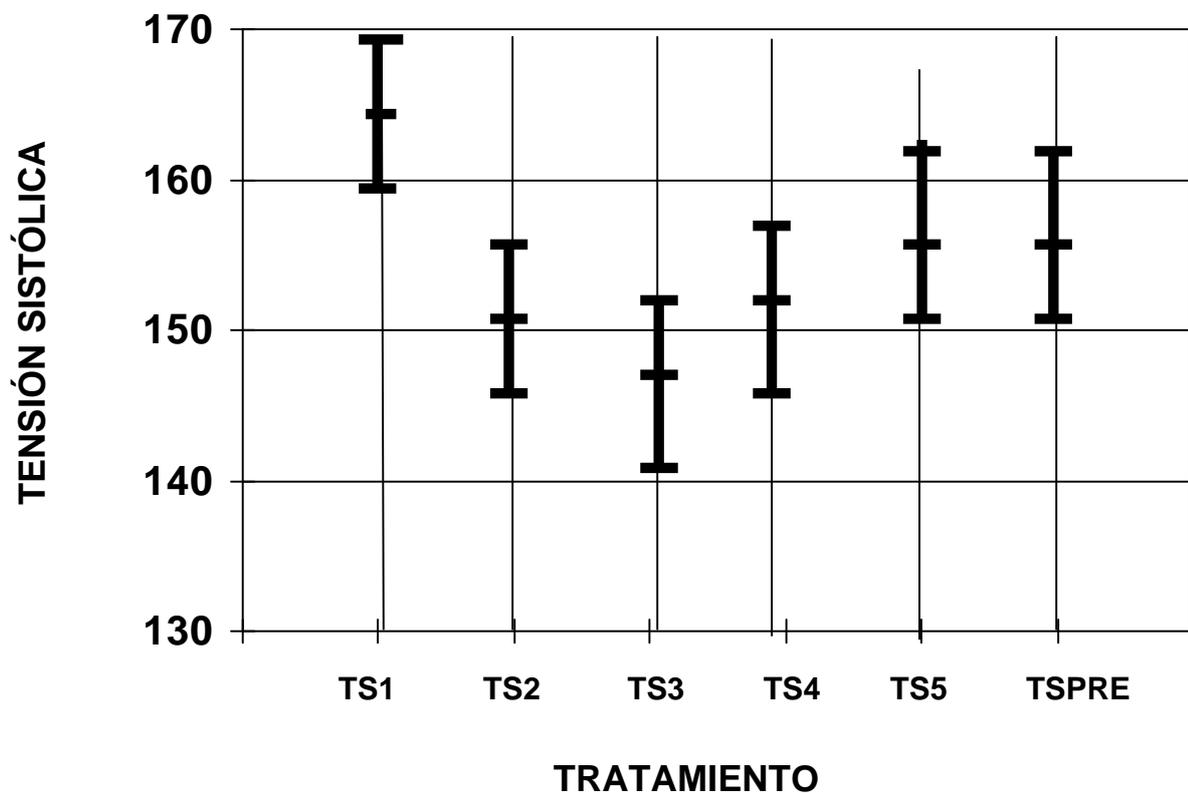


Figura 1. Distribución de paquetes de intervención por efectividad.

Al comparar las cifras de tensión arterial diastólica en preprueba con las cifras diastólicas en los 5 paquetes de intervención, mediante el análisis de varianza, se encontró que no existe diferencia significativa puesto que p – valor es mayor que 0.05, en este caso $p = 0.98$. Es decir, el programa de intervención no fue efectivo en la reducción de las cifras de tensión diastólica. (ver Tabla 9)

Tabla 9

Análisis de Varianza para Cifras de Tensión Diastólica

Fuente	Suma de cuadrados	GL	Cuadrado medio	F. calculada	P - Valor
Entre grupos	92.50	5	18.50	0.13	0.9862
Dentro de grupos	9731.0	66	147.43		
Total	9823.50	71			

Nota. GL = grados de libertad; P – valor = determinante de significatividad, p – valor < 0.05 = > significatividad.

A nivel general pudo observarse, desde una perspectiva clínica, teniendo en cuenta las tablas 3 y 5 que: los sujetos 5,8,11 y 12 después de haber sido sometidos al programa psicoterapéutico se mantuvieron en una hipertensión de tipo sistólica. Ninguno de los sujetos a estudio presentó hipertensión diastólica. Los sujetos 1,6 y 7 permanecieron en una hipertensión sistodiastólica; el sujeto 2 que anteriormente presentaba una hipertensión sistodiastólica, después del programa de intervención, entró a pertenecer según la clasificación final a una hipertensión sistólica. Los sujetos 3,9 y 10 que en la clasificación inicial presentaban hipertensión sistólica se ubicaron después del programa de entrenamiento en manejo emocional en el nivel denominado tensión normal alta y finalmente el sujeto 4 inicialmente clasificado en hipertensión de tipo sistólica presentó, posteriormente al tratamiento, una tensión normal ; lo que significa que el programa de entrenamiento en manejo emocional fue efectivo clínicamente en la disminución de las cifras de tensión arterial disminuyendo entonces para los pacientes los riesgos de padecer las complicaciones de la hipertensión arterial esencial.

DISCUSION

El análisis estadístico realizado permitió establecer que el programa de entrenamiento en manejo emocional, anteriormente descrito, basado en los postulados teóricos de Salovey y Mayer (1990) y desarrollados por Goleman (1996) fue verdaderamente efectivo en la disminución de las cifras de tensión arterial de los pacientes con hipertensión arterial esencial participantes en este estudio, corroborando lo planteado en esta propuesta investigativa acerca de que las cifras de tensión arterial disminuyen cuando en la persona con hipertensión se estimula la realización de un manejo emocional adecuado a través del aprendizaje y la práctica de las habilidades de la Inteligencia Emocional que incluye el reconocimiento y control de las propias emociones, el motivarse a sí mismo, el reconocimiento de las emociones en los demás y el manejo de las relaciones interpersonales.

El entrenamiento en manejo emocional constituyó un aporte significativo para la adquisición de un verdadero bienestar por parte de los pacientes; tanto psicológico con un afrontamiento más adecuado de las situaciones (Simon, 2000) como médico con la disminución del riesgo de sufrir las complicaciones de la alteración de las cifras tensionales diastólicas y/o sistólicas.

Al respecto es importante anotar que con base en los resultados que esta investigación arrojó respecto a que del grupo de pacientes que presentaban un tipo de hipertensión sistodiastólica o sistólica, cuando aún no habían recibido el Entrenamiento en Manejo Emocional, algunos se ubicaron en un nivel de tensión normal alta o tensión normal, después de ser sometidos al programa evidenciándose en todos una disminución de las cifras de tensión arterial; puede considerarse entonces que la propuesta de intervención fue clínicamente significativa pues redujo, posiblemente, los riesgos a los que los pacientes estaban expuestos, de padecer las complicaciones de la hipertensión, tales como, las encefalopatías, las retinopatías, el gasto cardíaco aumentando, la rigidez de la aorta, entre otras y que teniendo en cuenta los estudios realizados en la Universidad de Leuven, los resultados de la presente investigación son bastante representativos puesto que la hipertensión sistólica es el indicador de mayor riesgo para la salud en adultos mayores con esta afección cardiovascular.

Al comparar las premisas de cada una de las competencias de la Inteligencia Emocional con los resultados obtenidos pudo concluirse lo siguiente:

Considerando que Goleman (1996) en su teoría plantea que el hecho de reconocer las emociones propias es muy importante para la adquisición de una Inteligencia Emocional, incluso cuando ésta se orienta al mejoramiento de la salud, pudo establecerse que el estimular el desarrollo de esta habilidad a través de la enseñanza de los componentes cognitivo, fisiológico, funcional y expresivo de la emoción que facilitan su clasificación, la asignación de un nombre para cada una de ellas y su discriminación no ejerció ningún impacto en el grupo de pacientes con hipertensión arterial esencial participantes en el estudio, cuando se encaminó hacia la disminución de sus cifras de tensión arterial.

Con lo anteriormente planteado y considerando que las técnicas terapéuticas escogidas para la estimulación de esta competencia no se dirigieron hacia la implementación de herramientas de control emocional podría pensarse que para un paciente hipertenso que busque el control de su enfermedad, el reconocer las propias emociones, posiblemente se hace relevante únicamente cuando se acompaña de un proceso de aprendizaje e implementación de dichas estrategias de autodomínio emocional, herramientas que le permitan alcanzar un equilibrio emocional por medio de la regulación de la intensidad de la emoción y su expresión en forma proporcional a las circunstancias. (Goleman, 1996)

Retomando la segunda competencia de la Inteligencia Emocional, se encontró que el aprender a controlar las emociones influye de manera decisiva en la reducción de la activación del sistema nervioso autónomo encargado de controlar el incremento del rendimiento cardíaco y el aumento de la resistencia periférica, productores de la hipertensión que se evidencia en la disminución de las cifras de tensión arterial, puesto que proporciona al paciente estrategias de afrontamiento directo del estímulo con significancia emocional, permitiendo controlar tanto la parte cognitiva de la emoción mediante la adecuada evaluación del estímulo y de las estrategias posibles de acción según lo afirma Folkman (Citado por Reeve, 1994) como su parte fisiológica con el condicionamiento de las respuestas de relajación muscular y respuestas de respiración adecuadas tal como lo sugiere Schultz (citado por Davis, 1986).

Entendiendo que según lo planteado por Goleman (1996) son la ira, la tristeza y la ansiedad las emociones que producen mayor impacto sobre la vida del ser humano, especialmente sobre su salud y que el ejercer sobre éstas , medidas más directas de control disminuiría la activación fisiológica que puedan producir pudo establecerse que el haber realizado un trabajo terapéutico para la estimulación del control emocional dirigido con mayor énfasis hacia el manejo de estas emociones específicas (ira, ansiedad y tristeza) fue verdaderamente efectivo en la disminución de las cifras de tensión arterial en el grupo estudiado, pues cuando los pacientes hipertensos realizaron a través de las técnicas cognitivo-conductuales aprendidas como la relajación y la detención del pensamiento, un enfrentamiento más adaptativo a las situaciones vitales que les producían tristeza, ira y ansiedad pudo inferirse, a partir de la observación de la disminución de las cifras de tensión arterial, que la activación del sistema nervioso autónomo y del eje hipofisopararrenal disminuyó y por lo tanto el sistema cardiocirculatorio funcionó adecuadamente.

Teniendo en cuenta que el patrón de conducta tipo A del paciente hipertenso, según Sánchez – Elvira y Bermúdez (citados por Latorre,1994), describe a éste como una persona que busca constantemente participar en situaciones altamente competitivas y destacarse en ellas y que son estas mismas características, cuando se manejan inadecuadamente, las que desencadenan y/o mantienen la hipertensión arterial esencial; se encontró que realmente , el hecho de que las personas con hipertensión participantes en el programa pudieran manejar su vida emocional de una forma más adecuada aprendiendo estrategias para motivarse hacia la postergación de la gratificación y el control del impulso les permitió asumir el ser competitivos y el afán por destacarse en muchas actividades de forma más sana mediante el surgimiento de la capacidad de cooperación que pudo observarse en el hecho de que los miembros del grupo colaboraran entre sí en la realización de actividades encaminadas únicamente hacia el control de la hipertensión, subordinando sus respuestas emocionales a la motivación común de disminuir las cifras de tensión arterial, la cual efectivamente fue alcanzada como lo demuestra la evidencia fisiológica.

Esta disminución en las cifras de tensión arterial permite suponer que la escasa motivación característica, según Rosenstock, (citado por Latorre y Beneit, 1994) de los individuos del grupo calificados con patrón de conducta tipo A para el cambio de su estilo de vida fue realmente contrarrestada con la adopción de respuestas conductuales de aproximación a las situaciones productoras de malestar emocional.

Si se tiene en cuenta el supuesto temor de los sujetos tipo A hacia que la modificación de sus características los convierta en personas menos activas y productivas (Rosenstock, citado por Latorre y Beneit, 1994) se encontró que el hecho de que el paciente hipertenso desarrollara la certeza de autoeficacia para manejar en cualquier momento situaciones competitivas y amenazantes (Bandura, citado por Reeve, 1994) les permitió el motivarse a sí mismos a la meta de controlar su enfermedad a partir de la satisfacción de las necesidades de autodeterminación, efectividad y competencia (White, citado por Reeve, 1994) con el planteamiento y la obtención de metas parciales, es decir, la división de la meta de controlar la hipertensión, en pasos subsecuentes.

El alto nivel de motivación detectado en el grupo de pacientes aparece posiblemente como consecuencia de la estimulación de los motivos mediante el refuerzo que provee la adecuada estructuración del programa de intervención, el interés propio de los sujetos en la realización de los pasos o submetas y el énfasis en la escogencia y evaluación de los procesos mentales (Reeve, 1994) que redundó en la disminución de las cifras tensionales.

Analizando la cuarta competencia de la Inteligencia emocional relacionada con el reconocimiento de las emociones en los demás, pudo establecerse que en los participantes del programa de Entrenamiento en Manejo Emocional no es de vital importancia para la disminución de las cifras de tensión arterial la sola estimulación de esta habilidad empática, pues ésta, se centra en la discriminación de las emociones de los otros a partir de su expresiones conductuales observables sin atender a la relevancia del propio control emocional (Goleman, 1996) que como resalta el análisis de la segunda competencia de este programa, es fundamental para disminuir las cifras de tensión arterial en este grupo de pacientes.

Sin embargo, y observando que el programa en su conjunto fue efectivo, puede deducirse que se permitió posiblemente, como afirmara Yalom, (citado por Kaplan, 1996) que en respuesta a la estimulación de la habilidad del reconocimiento de las emociones en los demás en un ambiente de grupo a través de la retroalimentación y la autoobservación los pacientes aumentarían la información sobre sus interacciones con los demás, haciéndose por tanto más conscientes de sus propias emociones y de las reacciones emocionales de los otros.

Al comparar lo obtenido con la estimulación de la competencia de manejo de las relaciones interpersonales en el grupo de hipertensos estudiado, con el postulado teórico de Goleman (1996) acerca de que el aprender a reconocer las emociones en los demás unido a la discriminación de la forma adecuada de expresión emocional y a la capacidad de autodominio mejora la forma de relacionarse con los otros disminuyendo la exagerada activación fisiológica que pueda presentarse si las relaciones interpersonales son negativas, se encontró que esta concepción teórica es realmente aplicable a este grupo específico de pacientes con hipertensión arterial esencial, pues aportar a éstos nuevas estrategias para interactuar con los demás, tales como, la habilidad para solucionar conflictos de manera negociada y satisfactoria y el aprender los elementos básicos de la empatía favoreció el surgimiento de mejores relaciones interpersonales, como lo plantean Hatch y Gardner (citados por Goleman, 1996) contribuyendo a la disminución de sus cifras de tensión arterial.

Las técnicas cognitivo – conductuales utilizadas en la aplicación del programa de Entrenamiento en Manejo Emocional fueron adecuadas para estimular el desarrollo de las habilidades de la Inteligencia Emocional pues permitieron, como lo afirma Maichenbaun (citado por Rimm, 1984), a partir de sus bases epistemológicas de aprendizaje, reforzar y reevaluar conocimientos en los pacientes con hipertensión arterial esencial acerca de cómo las emociones afectan la salud promoviendo a la vez el surgimiento de estrategias eficaces de afrontamiento y manejo emocional que puedan ser utilizadas en cualquier circunstancia de la vida del sujeto.

Si se considera que Salovey y Mayer (1990) definieron la Inteligencia Emocional como un tipo de inteligencia social el realizar la intervención con elementos de la terapia de grupo, la cual

es por su propia naturaleza altamente interpersonal, resultó muy favorable pues suministró a los participantes en el programa, lo que Rimm y Masters (1984), han dado en llamar modelos de conducta saludable y un reforzamiento social masivo, representando además una muestra del ambiente al cual las habilidades emocionales pueden aplicarse, esta efectividad se vio reflejada en la disminución de las cifras de tensión arterial de los pacientes .

RECOMENDACIONES

Para posteriores aplicaciones del Entrenamiento en Manejo Emocional se propone:

Realizar la toma de la tensión arterial de cada uno de los participantes en la aplicación al inicio y al final de cada fase y no únicamente a su finalización puesto que la actividad física planteada como parte de algunas fases puede alterar las cifras de tensión arterial obtenidas y por tanto no ser una muestra clara de la afectividad de las técnicas aplicadas.

Tener en cuenta durante la aplicación del programa los cambios repentinos en la medicación de los pacientes lo que puede llevar a una modificación abrupta en las cifras de tensión arterial y producir alteraciones en los resultados finales de la investigación.

Realizar un control de las cifras tensionales de los participantes posteriormente a la aplicación del programa de entrenamiento con el propósito de verificar el mantenimiento de los resultados obtenidos.

Utilizar las propuestas de la presente investigación y sus resultados en la realización de nuevos trabajos investigativos relacionados con la Inteligencia Emocional que permitan el cruce de un mayor número de variables entre las cuales pueden incluirse edad, nivel educativo, estructura familiar, raza y género, entre otras y facilite su aplicación a poblaciones similares, con otras afecciones cardiovasculares.

Aplicar el programa de Entrenamiento en Manejo Emocional, estructurado en esta propuesta investigativa, a poblaciones de hipertensos, similares a la descrita en este estudio, ampliando su cobertura poblacional y teniendo en cuenta las variables analizadas, pues, la fundamentación teórica y los resultados obtenidos con esta investigación cuasiexperimental garantizan la calidad de la misma.

Realizar investigaciones de carácter interdisciplinario y plantear programas de intervención sobre esta misma base, que permitan la consideración del tratamiento psicológico que enfatice en el control emocional como una alternativa viable para el manejo de problemas somáticos, teniendo en cuenta además sus bajos costos y el gran número de sujetos que logra abarcar .

Plantear una nueva investigación que tome como eje central el programa de entrenamiento en manejo emocional abordando su análisis desde una óptica cualitativa que permita enriquecer esta novedosa alternativa de tratamiento para pacientes con hipertensión arterial esencial.

Al realizar procesos de investigación basados en el programa de entrenamiento en manejo emocional que se dirijan hacia la disminución de las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial sería fundamental hacer énfasis en el fortalecimiento de las habilidades de control de las propias emociones, motivarse a sí mismo y manejo de las relaciones interpersonales, considerando que estas arrojaran los resultados más relevantes de esta intervención a nivel estadístico.

Desarrollar procesos investigativos encaminados hacia el estudio de la relación de los programas psicológicos de intervención con las cifras de tensión arterial diastólica en pacientes con hipertensión arterial esencial.

REFERENCIAS

- Ballus, C. (1983). Psicobiología, interrelación de aspectos experimentales y clínicos. Barcelona: Herder.
- Cabrera Quetama, O. (1999). Aplicación de la técnica de relajación con biofeedback en el tratamiento de la hipertensión esencial. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Chalem, F. (1998). Medicina Interna. Barcelona: Fundación Instituto de Inmunología y Reumatología.
- Daniel, W. (1999). Bioestadística, base para el análisis para las ciencias de la salud. (3ª Ed.). México, D.F.: Imusa.
- Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. (1986). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca.
- Diccionario Médico enciclopédico. (1997). Bogotá: Manual Moderno.
- Egan, G. (1981). El orientador experto. Un modelo para la Ayuda Sistemática y la Relación Interpersonal. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- El manual Merk. (1986). México: Merk Sharp & Dohme International.
- Florez Alarcón, L. (1999). Psicología de la Salud. (Resumen). Revista Colombiana de Psicología, 8.
- Enciclopedia de la Salud Familiar (1992). México: Interamericana McGraw Hill.
- Gavino, A. (1997). Técnicas de Terapia de Conducta. Barcelona (España): Martínez Roca.
- Goleman, D. (1996). La inteligencia Emocional (2ª Ed.). Santa fe de Bogotá, D.C.: Javier Vergara.
- Harrison, T.R. (1998). Principios de medicina interna (14ª Ed.) Madrid (España): Mc Graw Hill. Interamericana.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). Terapia de Grupo (3ª Ed). México: Editorial Médica Panamericana.
- Latorre, J. & Beneit, P. (1994). Psicología de la salud, aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina: Lumen.

- Linn, S. & Garske, J. (1988). Psicoterapias Contemporáneas Bilbao (España): Desclee de Brouwer.
- Martin, G. (1998). Modificación de Conducta: Qué es y cómo aplicarla. Madrid (España): Prentice Hall.
- Mestre Navas, J., Guil Bazal, M., Carreras, M., & Lloret, P. (2000). Cuando los Constructos Psicológicos Escapan del Método Científico: El caso de la Inteligencia Emocional y sus implicaciones en la validación y evaluación: internet.
- MOSBY. (1998). Diccionario de medicina Océano. Barcelona (España): Barna Offset, S.L.
- Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. España: Mc Graw Hill. Interamericana.
- Revista Médica Lancet. (2000). El Tratamiento de la Hipertensión Arterial en los Ancianos Debe Encaminarse a la Reducción de la Tensión Arterial Sistólica: internet
- Rimm, C. & Masters, J. (1984). Terapia de la conducta, técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas.
- Robbins, S, Cotran, r, & Kumar, V. (1996). Patología estructural y funcional (5ª Ed.). Madrid (España): Mc Graw - Hill. Interamericana.
- Ruales, C.A. & Robles, R. (1999). Programa de entrenamiento en autocuidado: efectos sobre la adherencia al tratamiento y presión arterial. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Samper Herrera, P. & Ballesteros, B.P. (1999). Comparación de dos programas para el manejo de la hipertensión arterial esencial. Suma Psicológica, 6, 195 – 219.
- Simon, M.A. & otros. (1999). Manual de psicología de la salud, fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid (España): Biblioteca Nueva.
- Spielber, Ch, & Moscoso, M. (1996). Reacciones emocionales del estrés: Ansiedad y Cólera. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 14, 59 – 81.
- Toro, R, & Yepes, L. (2000). Fundamentos de medicina, Psiquiatría. (3ª Ed.) Medellín (Colombia): corporación para investigaciones biológicas.
- Troch, A. (1982). El estrés y la personalidad. Barcelona (España): Herder.

GLOSARIO

Actividad Hipofisoprarrenal. Activación del eje que comprende la hipófisis y las glándulas suprarrenales.

Apoplejía. Accidente cerebrovascular que produce parálisis, hemorragia dentro de un órgano.

Arteriopatía. Trastorno de las arterias cardíacas cuyo efecto patológico principal es la reducción del aporte de oxígeno y nutrientes al miocardio.

Arteriosclerosis. Enfermedad arterial frecuente que se caracteriza por el engrosamiento, pérdida de elasticidad y calcificación de las paredes arteriales, que condicionan una disminución del riego sanguíneo, especialmente del cerebro y las extremidades inferiores. Se desarrolla con el envejecimiento y aumenta en pacientes con hipertensión.

Arritmias. Cualquier desviación del patrón normal del latido cardíaco.

Asma. Trastorno respiratorio caracterizado por estrechamiento bronquial contráctil (músculo liso), inflamatorio y edematoso que origina episodios repetidos de disnea paroxística, sibilancias aspiratorias, tos y secreciones bronquiales mucosas viscosas.

Cefalea tensional. Dolor de cabeza occipital, resultante de una sobrecarga o tensión emocional que impiden la relajación y descanso.

Corticosteroide. Hormona natural o sintética relacionada con la corteza adrenal, que interviene en la regulación de procesos orgánicos clave como son el metabolismo de carbohidratos y proteínas y el equilibrio hidroeléctrico, y en el funcionamiento del sistema cardiovascular, músculo esquelético, riñones y otros órganos.

Corticotropina. Hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Hormona de la hipófisis anterior que estimula el crecimiento de la glándula suprarrenal y la secreción de corticosteroides. La secreción de ACTH, regulada por el factor liberador de corticotropina que se forma en el hipotálamo aumenta en respuesta a la disminución de los niveles de cortisol en sangre circulante, al estrés, hipoglucemia aguda e intervenciones de cirugía mayor.

Diabetes Mellitus. Trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células Beta del páncreas. Esta enfermedad suele ser familiar o también adquirida.

Dislipidemia. Trastorno caracterizado por una alteración en la proporción de lípidos. Los lípidos son sustancias orgánicas insolubles en agua que se almacenan en el cuerpo y sirven de reserva energética.

Encefalopatía. Cualquier trastorno de la estructura o función de los tejidos cerebrales. Este término se refiere particularmente a las enfermedades crónicas, destructivas o degenerativas.

Estímulo simpático. Lo que excita al sistema nervioso simpático para que funcione, se active o responda.

Hiperinsulinemia. Secreción insuficiente de insulina, la cual es una hormona secretada por las células del páncreas como respuesta al aumento del nivel de glucosa en la sangre.

Hipertonía Muscular. Alteración de la situación de equilibrio tensional en los tejidos del organismo, especialmente en los músculos.

Metabolismo. Cambio de materia y energía entre el organismo vivo y el medio exterior, en virtud de dos procesos: uno de asimilación y otro de desintegración ambos simultáneos, pero de muy diversa actividad según las fases que atraviese.

Retinopatía. Enfermedad ocular no inflamatoria provocada por una alteración en los vasos sanguíneos retineanos.

Tinnitus o Acúfenos. Zumbido de uno de los dos oídos, que puede ser indicativo de traumatismo acústico o debido a un tapón de cerumen que ocluye el conducto auditivo externo, entre otros.

Trombo. Agravación de plaquetas, fibrina, factores de coagulación y elementos celulares de la sangre en el interior de una vena o arteria, que a veces produce oclusión de la luz vascular.

Úlcera Péptica. Zona erosionada claramente circunscrita en la membrana mucosa del estómago o del duodeno o en cualquier otra parte del sistema gastrointestinal, expuesta a la acción de los jugos gástricos ricos en ácido y pepsina.

Vías Neuroanatómicas. Red de neuronas que constituyen una ruta de transmisión para los impulsos nerviosos procedentes de cualquier parte del organismo en dirección a la médula espinal y la corteza cerebral o del sistema nervioso central en dirección a los músculos y los

órganos. Las vías nerviosas del organismo son las sensoriales somáticas y las motoras somáticas.

ANEXOS

ANEXO A
CONTRATO CONDUCTUAL
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MANEJO EMOCIONAL

NOMBRE: _____

EDAD: _____ GENERO: _____

No. C.C. _____ No. FICHA DE CONTROL MÉDICO _____

TELÉFONO # _____

Los objetivos específicos de mi programa de entrenamiento emocional son:

Aprender a manejar adecuadamente mis emociones de acuerdo a cada situación.

Los objetivos a largo plazo de mi programa de entrenamiento en manejo emocional, son:

Disminuir mis cifras de tensión arterial.

Los detalles de mi plan de tratamiento, incluyen:

1. Realizar ejercicios individuales y talleres grupales basados en técnicas de la psicología conductual.
2. Realizar con entusiasmo los ejercicios que mi terapeuta proponga.
3. Colaborar constantemente con mis compañeros en la realización de las actividades.
4. Recompensarme cuando realice adecuadamente los ejercicios planteados.

Los pasos adicionales que daré para aumentar y mantener mi compromiso con el proyecto, son:

1. Asistir permanente y puntualmente a las reuniones programadas.
2. Permitir la continua medición de mis cifras de tensión arterial.

Las reuniones para la aplicación del programa de entrenamiento se realizarán en las siguientes fechas:

La duración de mi programa de entrenamiento en manejo emocional será :

_____ semanas

Desde _____ Hasta _____

Firma de los implicados y fecha del acuerdo.

_____ _____ _____
(fecha) (firma) Firma de la persona encargada

Firma de la persona encargada

ANEXO B

FICHA DE CONTROL

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MANEJO EMOCIONAL

NOMBRE: _____

EDAD : _____ No. C.C. _____

GENERO: _____ No. FICHA DE CONTROL MÉDICO _____

TELEFONO: _____

PROMEDIO INICIAL CIFRAS DE TENSION ARTERIAL REGULAR.

T. Sistólica _____ T. Diastólica _____ Tipo de Hipertensión Inicial _____

Cifras de tensión arterial durante la aplicación del programa de entrenamiento en manejo emocional

T.Sistólica

T.Diastólica

	T.Sistólica	T.Diastólica
1 medida		
2 medida		
3 medida		
4 medida		
5 medida		

PROMEDIO FINAL CIFRAS DE TENSION ARTERIAL.

T. Sistólica _____ T. Diastólica _____ Tipo de Hipertensión Final _____