

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO
SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

LINA JULIETTE AROCA PÉREZ

DAVID FRANCISCO ROSERO OLIVA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SAN JUAN DE PASTO

2015

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO
SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

LINA JULIETTE AROCA PÉREZ

DAVID FRANCISCO ROSERO OLIVA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo (a)

Asesora:

MG. ADRIANA DEL PILAR PERUGACHE RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SAN JUAN DE PASTO

2015

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en la presente tesis de grado son responsabilidad exclusiva de su autora. Art. 1, acuerdo 324 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

Firma del Presidente del jurado

Firma de la Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, Marzo de 2015

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, por ser mi gran fortaleza y acompañarme en este caminar.

Agradezco también a mi familia, especialmente a mis padres, Carmen y Calixto, quienes con su amor y comprensión me dieron fuerzas para creer en mi camino y continuar, y me demostraron la importancia del apoyo social en la vida.

Agradecimientos a nuestra asesora, Mg. Adriana del Pilar Perugache, por su guía y apoyo, una persona admirable por su convicción y compromiso con la misión institucional.

Infinita gratitud al Grupo de Enfermedades Crónicas No transmisibles “*Esperanza de vida*” del Municipio de San Lorenzo (Nariño) por su gran compromiso y dedicación y por confiar en nuestras habilidades y profesionalismo.

Y por último, a todas aquellas personas que Dios colocó en mi camino en diversas situaciones y a lo largo del tiempo, y fueron dejando una huella importante en mi corazón al acompañarme en por lo menos un instante de mi vida, y por muy corto o largo que haya sido el tiempo que se compartió, me dejan una parte de ellos que siempre estará presente para ayudarme a crecer.

Nuestra formación comenzó con un cuaderno y hoy se culmina con el presente trabajo de grado, en el cual queda plasmado nuestra dedicación, nuestro esfuerzo y nuestras fortalezas.

Lina Aroca Pérez

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

RESUMEN

Las enfermedades crónicas se han reconocido a nivel mundial por representar un problema en la salud pública afectando directamente la calidad de vida de las personas que las presentan y congestionan el sistema de salud agotando sus recursos, por ende se han concentrado esfuerzos para el desarrollo de estudios e intervenciones que contrarresten dicha problemática. En concordancia, la presente investigación tuvo como objetivo determinar los efectos de la implementación de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social sobre los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial en el municipio de San Lorenzo-Nariño. Se desarrolló un estudio cuantitativo, de tipo experimental, con un diseño pre-post con grupo control de no tratamiento. Los participantes fueron 30 personas con diagnóstico de hipertensión arterial esencial con edades entre los 43 a 78 años, quienes fueron asignados de manera aleatoria en dos grupos (control y experimental). Se realizó la medición de los niveles de adherencia al tratamiento, previa y posterior a la intervención, a partir de la aplicación del cuestionario Martín Bayarre Grau validado para Colombia. El programa cognitivo-comportamental de apoyo social se desarrolló durante diez sesiones en personas con hipertensión arterial en compañía de sus cónyuges. Los resultados obtenidos indicaron diferencias estadísticamente significativas con un p-valor igual a .000 entre las medidas de adherencia al tratamiento, previas y posteriores al tratamiento en el grupo control y el grupo experimental, de tal forma que esta comparación permitió evidenciar que el tratamiento generó un cambio en los niveles de adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Programa Cognitivo-Comportamental de Apoyo Social, Adherencia al tratamiento, Hipertensión Arterial Esencial.

ABSTRACT

Chronic diseases have been recognized worldwide to represent a public health problem directly affecting the quality of life of the people who presented and congest the health system draining their resources, therefore have focused efforts to develop studies and interventions to counteract this problem. Accordingly, the present investigation was to determine the effects of the implementation of a cognitive-behavioral of social support program on levels of adherence to treatment in people with essential hypertension in San Lorenzo-Nariño. A quantitative study, experimental, pre-post with control group of not treatment. Participants were 30 people diagnosed with essential hypertension aged between 43-78 years who were randomly assigned into two groups (control and experimental). The measurement of the levels of adherence to treatment, before and after the intervention was performed from the application of MBG questionnaire validated for Colombia. Cognitive-behavioral social support program developed in people with hypertension accompanied by their spouses for ten sessions. The results showed statistically significant differences with a p-value equal to 0.000 between measures of adherence, pre- and post-treatment in the control group and the experimental group, so that this comparison allowed noting the treatment generated a change in the levels of adherence.

Key words; Cognitive-Behavioral Social Support Program, Adherence to treatment, Hypertension.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
OBJETIVOS.....	23
Objetivo General	23
Objetivos Especificos	23
MÉTODO	23
Paradigma metodológico.....	23
Tipo de estudio	24
Diseño.....	24
Población.....	24
<i>Participantes</i>	24
<i>Criterios de inclusión</i>	25
<i>Criterios de exclusión</i>	25
Estrategias, técnicas o instrumentos de recolección de información	25
<i>Ficha de caracterización</i>	25
<i>Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial</i>	26
Procedimiento.....	27
Plan de análisis de datos o de información.....	29
<i>Variables</i>	30
<i>Hipótesis</i>	32
Elementos éticos y bioéticos	33
RESULTADOS.....	34
<i>Normalidad en el pre test para el grupo experimental y control</i>	34
<i>Homocedasticidad para los grupos control y experimental</i>	35
<i>Niveles de adherencia al tratamiento previos a la aplicación del programa cognitivo-comportamental</i>	35

<i>Niveles de adherencia al tratamiento posteriores a la aplicación del programa cognitivo-comportamental de apoyo social</i>	36
<i>Diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento, previa y posterior a la aplicación de un programa cognitivo comportamental de apoyo social</i>	37
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS	57
ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Diseño experimental pre-prueba, pos-prueba y grupo control</i>	24
Tabla 2. <i>Distribución de grupos por género y edad</i>	34
Tabla 3. <i>Prueba de Normalidad</i>	35
Tabla 4. <i>Prueba de homogeneidad de varianzas</i>	35
Tabla 5. <i>Niveles de adherencia al tratamiento pretest grupo control y experimental</i>	36
Tabla 6. <i>Prueba t para muestras independientes pretest para grupo control y experimental</i>	36
Tabla 7. <i>Niveles de adherencia al tratamiento postest grupo control y experimental</i>	37
Tabla 8. <i>Prueba t para muestras independientes postest para grupo control y experimental</i>	37
Tabla 9. <i>Prueba t para muestras relacionadas pretest y postest para grupo control</i>	38
Tabla 10. <i>Prueba t para muestras relacionadas pretest y postest para grupo experimental</i>	39
Tabla 11. <i>Resultados cumplimiento activo pre y postest en grupo experimental</i>	39
Tabla 12. <i>Resultados autonomía ante el tratamiento pre y postest en grupo experimental</i>	40
Tabla 13. <i>Resultados complejidad de la adhesión pre y postest en grupo experimental</i> ...	40
Tabla 14. <i>Análisis de Varianza de un factor (ANOVA)</i>	41

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1. Modelo conceptual y determinantes de la adherencia terapéutica (Knobel et al., 2000)</i>	15
<i>Figura 2. Modelo de efecto amortiguador del apoyo social (Cohen y Mckey, 1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984)</i>	20
<i>Figura 3. Contraste de medias análisis de varianza de un factor pretest y postest de grupo control y experimental (ANOVA)</i>	41

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Programa de apoyo social para mejorar niveles de adherencia al tratamiento...	70
Anexo 2. Consentimiento informado.....	91
Anexo 3. Ficha de caracterización.....	92
Anexo 4. Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.....	93
Anexo 5. Autorización de la institución de salud.....	95
Anexo 6. Certificación de la institución de salud.....	96
Anexo 7. Autorización de los autores del Cuestionario de adherencia Martín Bayarré Grau (MBG) en su versión validada para Colombia.....	97

INTRODUCCIÓN

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico y funcional que requiere una modificación del estilo de vida de la persona que la presenta, ya que es probable que persista durante largo tiempo, debido a que no existe una cura definitiva sino una serie de tratamientos de control, requiriendo cambios en los hábitos de alimentación, ejercicio, consumo de cigarrillo y el cumplimiento de las indicaciones brindadas por los especialistas para su manejo (Piedrola-Gil, 2008).

Así mismo, el diagnóstico de una enfermedad crónica afecta la dimensión psicológica del individuo llegando a presentar: aislamiento familiar y social, y en el caso de que este implique hospitalización, generará preocupaciones económico-laborales, sentimientos de inseguridad, indefensión y vulnerabilidad, sensación de no control, estar sometido a una serie de exploraciones, pruebas complementarias y prácticas sanitarias, además de la inclusión de nuevos comportamientos saludables a sus repertorios conductuales que le permitan controlar la enfermedad y mitigar los daños generados por la misma en tanto, este tipo de patologías se prolonga por el resto de la vida (Dunkel-Schetter, 1984; Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom, 1987 citado en Marin, y Mubayed, 2012; Mansilla, 1993; Perugache, y Mora, 2001; García, y Ortiz, 2002; Vinaccia, y Orozco, 2005; Redondo, Guallar, Banegas y Rodríguez, 2005 citados en Vinaccia et al., 2006; Colunga, sf; Li, Murray, Suwanteerangkul y Wiwatanadate, 2014).

Una de las principales enfermedades crónicas es la Hipertensión Arterial (HTA), la cual se constituye en una enfermedad crónica no transmisible, y como uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad en el mundo (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2001). Según la Organización Mundial de la Salud-OMS (2013) se estima que en el mundo esta enfermedad afecta a uno de cada tres adultos de 25 o más años de edad, y son las personas, hombres y mujeres mayores de 60 años, quienes con más frecuencia la presentan.

González (2011) define la hipertensión arterial (HTA) como un aumento de la presión en el interior de las arterias, de tal manera que entre más alta está la presión, más esfuerzo debe hacer el corazón para poner a circular la sangre en el cuerpo. La clasificación

para la HTA según el Joint VII-JNT VII (Barreto, Ruiz, Borrero, 2012) propone una presión arterial normal menor o igual a 120/80 mm Hg, una prehipertensión hasta de 139/89 mmHg, hipertensión arterial esencial (grado I) con sistólica entre 140-159 mmHg y diastólica entre 90-99 mmHg, y la hipertensión arterial secundaria (grado II) mayor a 160/100 mmHg. Se considera normal una presión arterial menor de 120/80 y presiones de 140/90 o mayor se consideran elevadas y requieren tratamiento.

En este sentido, al ser una enfermedad multicausal, se pueden evidenciar factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial como: la edad (mayores de 35 años), obesidad, sedentarismo, herencia (antecedentes familiares de hipertensión), consumo de cigarrillo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) y otros datos que señalan que los factores psicosociales (hábitos de salud, estrés, emociones negativas), tienen un papel importante a la hora de explicar su desarrollo y mantenimiento (De la Sierra, Gorostidi, Marín, Redón, Banegas, Armario y Ruilope, 2008; García-Vera y Sanz, 2000, citados en Magán, Sanz, Espinoza, y García-Vera, 2013). Por consiguiente, la interacción de factores psicológicos dentro del curso de la enfermedad genera una serie de respuestas emocionales que manejadas inadecuadamente pueden afectar la salud de forma negativa, retrasando la búsqueda de atención y afectando la comunicación con el profesional. En la medida en que las personas consideren la enfermedad como una situación amenazante estimarán cambios a nivel cognitivo, afectivo y comportamental relacionados con el valor atribuido al proceso salud-enfermedad (Wilcox, 1981; Petrie, Buick, Weinman, Booth, 1999 citado por Van de Ridder, Stokking, McGaghie, Cate, 2008; Bagés, Feldman, Chacón, Pérez y Guarino, 1991 citado por Méndez, 2008)

En Colombia, según reporta el Ministerio de Salud y Protección Social (2013a, 2013b) en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 existen diferentes estudios que evidencian una prevalencia alta de la HTA (22,8%) y su asociación con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49% y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. En mayores de 45 años, la HTA es el motivo de consulta más frecuente tanto para los hombres como para las mujeres.

En el departamento de Nariño, se identifica que la población nariñense con hipertensión arterial en edades entre 18 y 69 años es del 12,3%, un porcentaje que supera el

promedio nacional (11,5%), y en el municipio de San Lorenzo, Nariño la prevalencia es de 23,88%; y el 8,4% de la población de ese grupo de edad y que reside en el departamento refirió haber sido diagnosticada con hipertensión en dos o más consultas (8,8% promedio nacional) (MPS-PUJ-SEI-COLCIENCIAS, 2007).

Si bien los tratamientos médicos, han demostrado su eficacia en el control de la HTA, se ha reportado una baja adherencia al tratamiento, encontrando un promedio del 50%, lo cual genera repercusiones en la magnitud y costo de la enfermedad (OMS, 2004), dificultando que el tratamiento médico evidencie el efecto esperado. Esto además, implica que las personas se adhieran a las recomendaciones sobre la modificación de sus estilos de vida, resultando aún más problemático dada la dificultad inherente a los cambios de comportamiento que ha practicado cada persona a lo largo de su vida y que se mantienen por un patrón familiar que va influir en la adquisición de conductas saludables y en la activación de factores protectores (Varela, 2010). Por lo tanto, las complicaciones y la mortalidad, asociadas al manejo inadecuado de la HTA, traen como consecuencia: elevado gasto asistencial y farmacéutico, comorbilidad incapacitante, deterioro en la calidad de vida de los individuos y sus familias (Cohen, 2001; Cordente, García, Sillero y Domínguez, 2007; Fogari y Zoppi, 2004; Lam y Lauder, 2000; Contreras, 2010).

Según la OMS (2004) las interacciones entre distintos factores que influyen en el proceso de adherencia terapéutica, pueden ser de tipo: socioeconómico, asistencia sanitaria, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento y con características del paciente, exigiendo de esta manera un abordaje multidimensional que pueda incidir en la recuperación y mantenimiento de la salud. En consecuencia, estos factores también pueden clasificarse como protectores o de riesgo y ser determinantes en la medida en que puedan ser modificados (Knobel, Codina, Miró, Carmona, García, Antela, Gómez-Domingo, Arrizabalaga, Iruin, Laguna, Jiménez, Rubio, Lluch, Viciano, 2000; OMS, 2004; OMS, 2014) (Véase Figura 1).

Es necesario reconocer que el modelo de Knobel et al. (2000) brinda herramientas importantes para el abordaje de la adherencia al tratamiento integrando los elementos psicológicos que se pueden considerar como determinantes de dicho atributo, en este sentido el presente modelo brinda un marco de referencia para la comprensión de la

variable e incluye elementos de tipo psicosocial, siendo esta dimensión la más relevante desde el campo psicológico contemplando el apoyo social como una variable determinante de la adherencia.

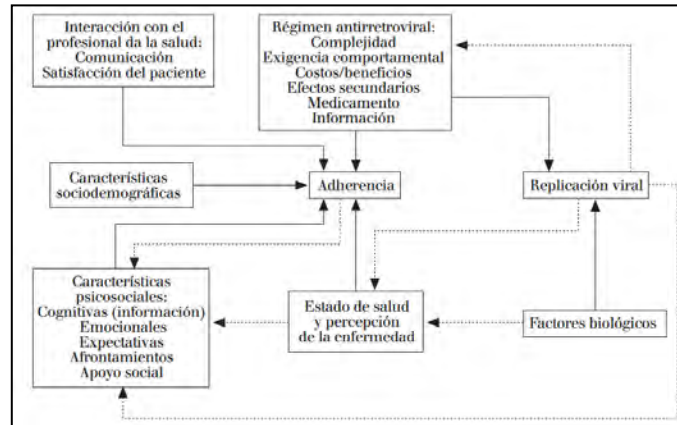


Figura 1. Modelo conceptual y determinantes de la adherencia terapéutica (Knobel et al., 2000).

En el caso de la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, se evidencian variables de integración social, como el estado civil, la situación de convivencia o la presencia de familiares y amigos (Cáceres, 2004 citado por Marín, y Mubayed, 2012; Redondo, Guallar, Banegas y Rodríguez, 2005 citados por Vinaccia et al., 2006).

El término adherencia según Sánchez (2006) “denota el grado en que una conducta (entre las que se encuentran tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud” (p. 98) y comprende diferentes comportamientos:

- 1) propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento;
- 2) asistencia a citas de seguimiento;
- 3) uso correcto de la medicación prescrita;
- 4) realizar cambios apropiados en el estilo de vida y
- 5) evitar conductas contraindicadas (p.99).

En vista de los datos anteriores, Martin y Grau (2004), refieren investigaciones de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud desde aspectos subjetivos y comportamentales a tener en cuenta en el desarrollo de la enfermedad crónica, ya que la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un repertorio de conductas, para formar parte de un plan o programa de tratamiento, y poner en práctica

de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Bayés, 2000 citado por Martín, 2003).

De tal forma, Martín, Bayarre y Grau (2008) puntualizan el término de adherencia terapéutica como la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico." (p.0) relacionada con tres elementos: 1) Cumplimiento activo, se refiere al cumplimiento de las principales indicaciones médicas como: tomar los medicamentos en el horario establecido, realizar la orientaciones acerca de la dieta, asistir a las consultas programadas y ejecutar estas a través de la participación activa del paciente, de manera que perciba el cumplimiento sin la realización de grandes esfuerzos; 2) Autonomía del cumplimiento, se refiere a modos de actuación en los que el paciente asume el cumplimiento de su tratamiento, de modo independiente de la familia, en colaboración con el médico o utilizando recursos personales que garanticen el cumplimiento del tratamiento; y el 3) Complejidad de la adhesión, refleja aspectos del proceso de adherencia que presentan cierta complejidad, referidas tanto a indicaciones médicas, como por ejemplo realizar los ejercicios físicos que forman parte del tratamiento, como lograr participar de manera conjunta con el médico en la decisión del tratamiento a seguir.

Por tal razón el diagnóstico de una enfermedad crónica genera un impacto a nivel psicológico, referido como aquel estado temporal de trastorno y desorganización, considerándose este como un evento estresor, caracterizado inicialmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, adoptando estrategias de afrontamiento insuficientes ante este nuevo estímulo, considerado como estresor, llevando a afrontar la pérdida de la salud como un proceso que permite ir aceptando esta nueva condición y adaptarse con el fin de desarrollar comportamientos prosalud (Bartz, 1999 citado en Borrell, 2002; Enríquez y Palacios, 2002; Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, y Varela, 2006; Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa, y Holguín, 2007; Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007; Cuesta, 2004; Delgado, Hidalgo y Villalobos, 2011).

Sin embargo, las consecuencias de la enfermedad no solo las presenta la persona con el diagnóstico de hipertensión arterial, sino también sus familias, exigiendo un

acomodo en su funcionamiento para cubrir las nuevas demandas ante la enfermedad (costo del tratamiento, necesidades del paciente, cambios alimentarios), generando mayor vulnerabilidad al empezar a discriminar sus prescripciones de las de su red de apoyo, como seguir una dieta especial, asistir a controles o encuentros médicos y de enfermería. Dicha vulnerabilidad se refleja como tensión, inseguridad y estrés, siendo respuestas iniciales frente a una situación nueva, que si se prolongan pueden terminar afectando la calidad de vida del consultante y de su red de apoyo, como lo evidencia la investigación realizada por Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar, Sánchez-Sosa (2005) quienes hacen hincapié en el efecto de perder la salud y en el aumento de las tasas de mortalidad como consecuencia del deterioro en el apoyo familiar frente a la presencia de una enfermedad crónica en la vida de una persona, la cual conlleva a considerar esta patología como un evento estresante. Lo anterior resalta la importancia del apoyo social como un factor determinante en la adherencia o no al tratamiento y las consecuencias del mismo, como lo evidencian diferentes investigaciones en el campo de la salud (Gottlieb, 1983 citado por López y Chacón, 1992; Cohen y Mckey, 1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984; Marín-Reyes, y Rodríguez-Morán, 2001; Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Cassel, 1974 citado en Herrero, Musitu, Cantera, y Montenegro, 2004; Cassel y Cobb, 1976 citados por Castro, Campero y Hernández, 1997)

El apoyo social, como atributo contempla el proceso por medio del cual el individuo recibe recursos psicológicos y materiales que le permiten responder adaptativamente a situaciones consideradas de alta demanda (Acuña y Bruner, 1999; Aduna, 1998; Grindley, Zizzi, y Nasypany, 2008). En consonancia no puede limitarse a la ausencia o presencia de recursos de apoyo psicológico provenientes de sus fuentes de apoyo social (House, 1981) como: esposo (a) o compañero (a), otros familiares, sino que debe concebirse como un intercambio relacional, que permite una perspectiva multidimensional, por lo tanto, el apoyo social puede definirse como “una transacción interpersonal que incluye los siguientes aspectos: a) preocupación emocional (amor, empatía, entre otras), b) ayuda instrumental (bienes y servicios), c) información (acerca del contexto), y d) valoración (información relevante para la autoevaluación)” (House, 1981, p.39) y que genera un estado de bienestar dentro de la relación y frente a las situaciones de la vida.

Algunos autores coinciden en que el apoyo social integra dos dimensiones, la estructural y la funcional, la primera haciendo referencia al tamaño, densidad y número de familiares y amigos, y la segunda, referente a cualidades de las relaciones sociales, grado de intimidad, tiempo de dedicación, dirección cognitiva y asistencia tangible (Méndez, 2008),

La revisión bibliográfica desarrollada permite insinuar que hasta el momento la literatura científica se concentra en su mayoría a la persona con hipertensión arterial o la persona con riesgo cardiovascular (Riveros et al., 2005; Sánchez-Sosa, 2002; Hume, 1989; Escobar, Petrásovits, Peruga, Silva, Vives, y Robles, 2000; Flack, Novikov y Ferrario, 1996; Lemanek, Kamps y Brown, 2001; Pai, y Drotar, 2010; Heisler et al., 2008; Mazzaglia, et al., 2009). Sin embargo, la presente investigación involucró al entorno cercano, considerando que el apoyo social es relevante para la promoción de conductas saludables que establezcan condiciones de cambio no solo a nivel de prevención secundaria sino que también se generen acciones de prevención primaria.

De antemano, la presencia de la enfermedad crónica es un indicador de un inadecuado estilo de vida que involucra a todo el grupo familiar. De esta manera, para efectos del presente estudio como red de apoyo se considera al cónyuge de la persona con diagnóstico de HTA, quien inicialmente ejerce una gran influencia en el mantenimiento o intención de cambio frente a estilos de vida saludable, en tanto, generalmente comparten el mismo ciclo vital individual, generando así una identificación frente a la situación del otro (Carter y McGoldrick, 1989; Allen, Blascovich y Mendes, 2002 citado por Jurado, Quijano y Ramírez, 2009).

Siguiendo esta línea es importante destacar que las relaciones interpersonales son un aspecto decisivo en la vida de las personas en la adopción, mantenimiento y reforzamiento de sus comportamientos en muchas de las esferas del ciclo vital, esta circunstancia no es ajena al proceso de la salud, en el cual el apoyo social puede presentar una relación directa con la adquisición de comportamientos saludables. Por ejemplo, Jurado, Quijano y Ramírez (2009) exponen que en las relaciones más íntimas como las conyugales, algunos comportamientos con frecuencia tienden a emparejarse, a tal punto de presentar mayor o menor probabilidad de aprender o mantener conductas como parte de tal relación.

Las investigaciones realizadas por Cassel y Cobb, (1976, citados en Castro, Campero y Hernández, 1997) dieron origen a la hipótesis de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones nuevas. En vista de lo anterior, esta relación puede estudiarse desde dos perspectivas: el apoyo social como modulador de los efectos negativos de otras variables en la salud cardiovascular (efectos amortiguadores) y apoyo social y su efecto directo sobre las alteraciones cardiovasculares (efectos principales) (Cohen y Mckey, 1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984).

Di Matteo (2004) menciona que el apoyo social debe considerarse como un factor de inmunización frente a la patología y es de interés de la psicología estudiar cómo esta relación puede potenciar la salud de las personas y el nivel de autocuidado para el mantenimiento de la salud en enfermedades cardiovasculares (Cohen y Mckey, 1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984; Londoño, Rogers, Castilla-Tang, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio, Aguirre-Acevedo, 2012; Hays, et al. 1992 citado por Kaplan, Patterson, Kerner, Grant, 1999; Rodríguez-Morán, y Guerrero-Romero, 1997; Marín-Reyes, y Rodríguez-Morán, 2001; Molerio 2004; Ortega, 2010).

En la presente investigación, se retomó el modelo de efectos amortiguadores del apoyo social, el cual afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Sin embargo, según esta hipótesis, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, es esencialmente un moderador de los efectos de los acontecimientos vitales estresantes (Cohen y Mckey, 1984).

El efecto modulador y amortiguador del apoyo social en las alteraciones cardiovasculares se explica de tres formas: a) El apoyo social ayuda al individuo a evitar aquellas conductas perjudiciales para la salud y potencia aquellas saludables o no perjudiciales. Los vínculos sociales proporcionan acceso a la información que advierten del peligro de comportamientos de alto riesgo y ensalzan las ventajas de comportamientos más saludables; b) El apoyo social puede mediar la relación entre determinadas variables de personalidad, comportamientos y la reactividad cardíaca. Las personas con predisposición

hostil vienen a esperar lo peor de los demás y en consecuencia crean ambientes competitivos y combativos, estas características suponen un incremento en la actividad cardíaca, de tal modo que la percepción de apoyo social podría modificar la visión del sujeto acerca de los demás y le permitiría sentirse querido, lo que supondría un incremento de su autoestima, de este modo el apoyo social modularía la relación hostilidad - alteraciones cardiovasculares. c) El apoyo social puede modular los efectos del estrés en las alteraciones cardiovasculares, ya que cuando un individuo forma parte de un grupo es menos susceptible al estrés (Cohen y Mckey, 1984).

La relación del estrés y las enfermedades coronarias ha sido ampliamente estudiada. Aquel sujeto que tenga una mayor satisfacción con sus relaciones interpersonales presentará una menor reactividad cardíaca, y por tanto menos riesgo coronario (Guevara-Gasca, y Galán-Cuevas, 2010).

De este modo, el modelo de afecto amortiguador planteado por Cohen y Mckey (1984 citado en Shumaker y Brownell, 1984) se resume en tres momentos: 1) evaluaciones primarias sobre la enfermedad como estresor, 2) secundarias sobre el estresor (identificación de recursos personales), 3) en las conductas (no se cuenta con recursos personales pero otros los pueden aportar) y 4) en las emociones o estados emocionales (dirigidas a reducir la angustia, preocupación o ira) (Véase Figura 2),

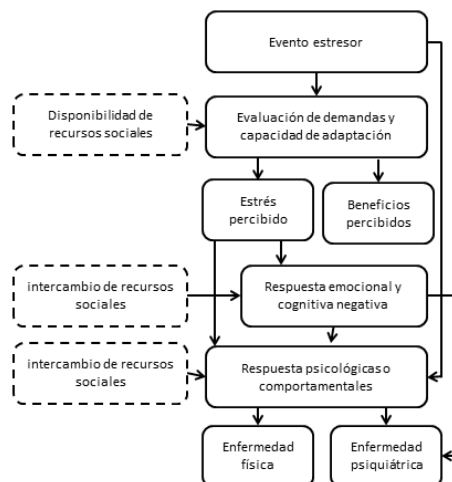


Figura 2. Modelo de efecto amortiguador del apoyo social (Cohen y Mckey, 1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984).

Cohen, Gottlieb y Underwood (2000), a partir de lo anterior, reestructuran el modelo en categorías más amplias que permiten observar el proceso de estos 4 componentes junto con las fuentes de apoyo, determinando la posibilidad de adquirir, desarrollar y mantener comportamientos adaptativos y saludables, en respuesta al manejo de la enfermedad, tanto a nivel físico como psicológico, lo cual terminará ejerciendo un efecto relevante en el estado de salud de la persona sobre la enfermedad crónica y protegiéndola de desarrollar un trastorno psicológico

Por último, es en el manejo de la HTA, donde el apoyo social ejerce su influencia directa a partir del reconocimiento de la enfermedad como un evento vital estresante o “crisis”, en tanto exige una serie de cambios y modificaciones, y por ende el desarrollo de habilidades a nivel personal y familiar para hacer frente a la situación actual (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000). Por eso puede decirse que el apoyo social se encuentra negativa e inversamente relacionado con la enfermedad, en tanto actúa como moderador de los efectos del estrés, entre los cuales se considera la enfermedad crónica como un estresor, que puede llegar a desestabilizar el estado de salud de la persona que presenta la enfermedad y su entorno familiar (Nieto, Abad, Esteban, Tejerina, 2004; Gil-Roales, 2004, citado por Vinaccia, Quiceno, Fernández, Gaviria, Chavarría, Orozco, 2006).

Desde esta perspectiva, es preciso revisar las intervenciones que potencien la adopción de estilos de vida saludables teniendo en cuenta a la familia como un instigador o un mantenedor de conductas saludables para la persona con hipertensión arterial esencial, y puedan ser generalizables a otros contextos y miembros de la familia, tal como lo exponen Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa, y Holguín (2007) al enfatizar en la importancia de la intervención biopsicosocial frente a la enfermedad crónica, Hålmåjan (2014) aporta desde la educación en salud y su impacto en la enfermedad crónica al involucrar a la familia en programas de salud institucionales, o el aporte de Díaz-Álvarez, Pinilla-Alarcón, Eslava-Albarracín, Padilla-Velasco (2014) a través de intervenciones con herramientas educativas para cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, teniendo en cuenta las investigaciones en este ámbito se han dirigido desde estudios correlacionales que propenden a establecer niveles del atributo y características del mismo, sin embargo no se cuenta con bibliografía que presente programas de intervención que incluyan la red de

apoyo social y su efecto en la adherencia al tratamiento (Castro, Campero y Hernández, 1997; Marín-Reyes, y Rodríguez-Morán, 2001; Vinaccia, Quiceno, Fernández, Gaviria, Chavarría, Orozco; 2006).

En este sentido se diseñó un programa de intervención basado en un conjunto de técnicas cognitivo comportamentales a la luz de los postulados teóricos desarrollados en el marco del modelo de efecto amortiguador (Cohen y Mckey, 1984), que permita a los usuarios fortalecer sus niveles de apoyo social (véase anexo 1).

El programa cognitivo-comportamental de apoyo social se desarrolló con los pacientes y sus cónyuges durante diez sesiones en la cuales se trabajaron los siguientes aspectos: 1) Sensibilización frente a la importancia del apoyo social en la enfermedad crónica; 2) Identificación del significado de la enfermedad para el paciente desde sus entornos personal familiar, social y laboral; 3) Identificación de los significados y fuentes de apoyo social; 4) Reconocimiento de los recursos internos y externos de apoyo social con los que cuenta la persona con hipertensión arterial y su cónyuge; 5) Fortalecimiento de los recursos personales y familiares a nivel informacional, emocional e instrumental frente al manejo de la enfermedad; 6) Estrategias para el mantenimiento del apoyo social; y 7) Establecimiento de metas individuales y familiares a corto y largo plazo al manejo de la enfermedad.

A nivel psicológico se busca el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, implicación del paciente con su enfermedad, autocontrol, autorregulación y el mantenimiento a largo plazo teniendo en cuenta los recursos del medio con los que la persona pueda contar (Meichenbaum y Turk 1991), es así como afrontar la enfermedad, se considera un proceso dinámico, a través del cual las personas definen el problema de salud, toman decisiones y logran adaptarse a un nuevo estilo de vida que propenda por el mantenimiento de la salud (Labiano, y Brusasca, 2002).

Por esta razón se propone un abordaje de apoyo social con las personas con edades entre 43 a 78 años que presentan HTA esencial, considerándose esta población dentro del ciclo vital individual en la etapa adulta y su red de apoyo, entendiéndose como un representante familiar, en este caso el cónyuge, que realice el acompañamiento en el proceso de cambio que requiere la adherencia al tratamiento, ya que no existe evidencia de

presencia de apoyo social frente a la adherencia al tratamiento en las personas que presentan HTA esencial pertenecientes al programa de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E., estableciéndose como un precedente para centrar las intervenciones en la mejoría de la autonomía y la participación activa en el tratamiento de la enfermedad.

A partir de la evidencia generada en el presente estudio, el aporte de esta investigación se da a nivel teórico y empírico como iniciativa en el marco de intervenciones para la persona y su grupo familiar, principales agentes activos de cambio y promotores del autocuidado de su salud como un derecho fundamental a proteger. (Nieto y Pelayo, 2009; (Allen, Blascovich y Mendes, 2002 citado por Jurado, Quijano y Ramirez, 2009)

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los efectos de la implementación de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social sobre los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial en el municipio de San Lorenzo-Nariño, 2014.

Objetivos Específicos

Establecer los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial, previos a la aplicación del programa cognitivo-comportamental de apoyo social en el municipio de San Lorenzo-Nariño, 2014.

Evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial, posteriores a la aplicación del programa cognitivo-comportamental de apoyo social en el municipio de San Lorenzo-Nariño, 2014.

Analizar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento, previos y posteriores a la aplicación del programa cognitivo-comportamental de apoyo social en el municipio de San Lorenzo-Nariño, 2014.

MÉTODO

Paradigma metodológico

La presente investigación se enmarcó en el paradigma cuantitativo, desde el enfoque empírico analítico, caracterizado por realizar mediciones objetivas y análisis estadísticos (Giraldo, 2006), orientados a la comprobación, confirmación e inferencia mediante el

enfoque hipotético deductivo, buscando los hechos o causa de los fenómenos sociales a fin de describirlos, explicarlos o predecirlos (Montero y León, 2007).

Tipo de estudio

El tipo de estudio utilizado fue de nivel explicativo, ya que estuvo dirigido a responder a las causas de los eventos físicos o sociales y su interés se centró en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, en términos de causa y efecto (Hernández, Fernández y Baptista, 1997)

Diseño

El presente estudio utilizó un diseño experimental de pre-prueba, pos-prueba, con grupo experimental y control de no tratamiento (véase Tabla 1), en tanto cumplió con los tres requisitos necesarios para serlo: a) manipulación de variable independiente (*programa cognitivo-comportamental de apoyo social*); b) medición del efecto causado en las variables dependientes (*nivel de adherencia al tratamiento*); c) asignación aleatoria de la población experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

Tabla 1.

Diseño experimental pre-prueba, pos-prueba y grupo control (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

Grupos	Procedimiento		
G₁	O ₁	X	O ₂
G₂	O ₃	--	O ₄

Población

La población de esta investigación fueron 249 personas con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, asistentes al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E.

Participantes

Los participantes fueron 30 personas con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, con edades entre 43 a 78 años, asistentes al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E., quienes cumplieron con los criterios de inclusión para poder participar de la investigación y fueron asignados aleatoriamente al grupo control y experimental.

Criterios de inclusión

Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial esencial, asistentes al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E

Personas que vivan con su cónyuge.

Que firmen el consentimiento informado para participar de manera voluntaria (véase Anexo 2).

Personas que cuenten con un representante de su red de apoyo (cónyuge) dispuesto a participar en la investigación y lo manifieste en el consentimiento informado.

Personas que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión

Personas que presenten comorbilidad (Enfermedades de Parkinson, Alzheimer y Huntington) que impida o dificulte el desarrollo de la intervención

Personas con dificultades auditivas o visuales significativamente incapacitantes.

Personas que presenten cuadriplejía o inmovilidad en ambos miembros superiores.

Personas que hayan presentado eventos vitales estresantes en los últimos 6 meses: muerte del cónyuge, divorcio o separación, muerte de un familiar cercano (Holmes y Rahe, 1976)

Estrategias, técnicas o instrumentos de recolección de información

Para la realización de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de información:

Ficha de caracterización

Se diseñó un formato para el registro de datos, ficha que consta de cuatro dimensiones: datos de identificación y sociodemográficos, identificación de la red de apoyo en cabeza de un representante dispuesto a participar en la investigación, identificación de eventos vitales estresantes en el último año, a partir de la Escala de Acontecimientos Vitales estresantes (Holmes y Rahe, 1976) y datos respecto al diagnóstico y seguimiento de la Hipertensión Arterial, lo cual permitió realizar una caracterización de las personas que participaron en el estudio además del control de las variables intervinientes (Véase Anexo 3).

Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial

El Cuestionario MBG evaluó los niveles de adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Fue creado por Martín, Bayarre y Grau (2008) y ha sido utilizado en estudios como el de Arce-Espinoza y Monge-Nájera (2009) y Castaño-Castrillón et al (2012).

En cuanto al cuestionario MBG (Martín, Bayarre y Grau, 2008), fue validado en población colombiana por Martínez, Villa, Jaramillo, Quintero y Calderón (2011), a partir de esta validación se estableció una confiabilidad interna del cuestionario a partir del índice alfa de Cronbach de .69 (Véase Anexo 4).

Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica que se propone quedaron reformuladas y definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera: a) Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas (CT); b) Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (IP); c) Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (RT). Este cuestionario se considera global y evita el referirse a la adherencia al tratamiento en términos meramente clínicos o farmacológicos, sino que además posibilita un contraste a nivel de la práctica clínica y los niveles de adherencia al tratamiento desde la perspectiva del personal sanitario y el de la persona que presenta hipertensión arterial esencial.

El Cuestionario se divide en 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de la adherencia terapéutica. Además se recogen datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentos, higiene y dieta). Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignaron los valores: 0 (Nunca), 1 (Casi nunca), 2 (A Veces), 3 (Casi Siempre) y 4 (Siempre), siendo 48 el máximo de puntos posibles a alcanzar. La calificación total

marca tres niveles de adherencia al tratamiento: Total (38-48 puntos), Parcial (18-37 puntos) y No adherido (0-17). (Martín, Bayarre y Grau, 2008)

Procedimiento

La presente investigación, se desarrolló en 4 Fases descritas a continuación:

1. Fase Preliminar. Se realizó el contacto con la institución que realiza la prestación de los servicios de salud en el municipio, esto es, el Centro de Salud San Lorenzo E.S.E., a quienes se solicitó permiso, por medio de carta, para generar los espacios necesarios para el desarrollo de la investigación, especificando número de sesiones, intensidad horaria de cada sesión, lugares en los que se desarrolló cada sesión, el programa de intervención a seguir, estipulando por demás que como institución recibieron los resultados de la investigación y un manual de aplicación del programa para que se pueda replicar por el profesional encargado del área de salud mental de la institución cuando lo consideren necesario.

Además se contó con la autorización por parte del representante legal de la institución prestadora del servicio de salud para el desarrollo del programa (Anexo 5). En un segundo momento se realizó el contacto con las personas beneficiarias del programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT), a quienes se les socializó los objetivos del proyecto, exponiendo que en el desarrollo de la investigación su salud no correría riesgos. Para el desarrollo de la intervención se hizo necesaria la presencia de los cónyuges; en el primer encuentro se verificaron los criterios de inclusión y se solicitó a las personas dispuestas a participar en el programa la firma del consentimiento informado (Anexo 2).

Con las personas que accedieron a participar en la investigación, se conformaron dos grupos (experimental y control) por medio de sorteo, se presentó una bolsa de color negro que contenía dos balotas una de color blanco y otra de color azul, las cuales representaron al grupo control y al grupo experimental respectivamente, se brindó la instrucción para que uno a uno los participantes se aproximen a la bolsa e inmediatamente después se les solicitó tomar una de las balotas y registrarse en una base de datos de Excel al grupo en el que fue seleccionado, se estableció el horario de las sesiones y el lugar de encuentro para el desarrollo de las mismas, y las fechas de las sesiones de trabajo con el grupo control para las fases de pre-evaluación y post-evaluación.

2. *Fase de Pre-Evaluación.* Se desarrolló una sesión en la que los participantes de la investigación, tanto del grupo experimental como del grupo control realizaron el diligenciamiento de los 2 cuestionarios *Ficha de caracterización* y *Cuestionario MBG*. Las condiciones para la aplicación de instrumentos fueron iguales para todos los participantes, se aplicaron en el siguiente orden: Ficha de caracterización (20 minutos), Cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial (20 minutos) (Véase Anexos 3 y 4). Se indicó también a los participantes: leer detenidamente cada una de las preguntas realizadas en los diferentes cuestionarios y contestar de forma que considere se ajuste a su realidad cada pregunta aclarando que no existen respuestas correctas e incorrectas y que es imprescindible diligenciar los formatos en todos sus ítems.

3. *Fase de Intervención.* Con el grupo experimental se socializaron las fechas de las sesiones de intervención, las cuales fueron los días sábados desde el 22 de noviembre de 2014 hasta el 24 de Enero de 2015, en las cuales se puntualizaron las fechas en las que se solicitaría la presencia de los cónyuges. Además, se dieron las siguientes instrucciones a los participantes: no consumir café, no realizar ejercicio 30 minutos antes del inicio de la sesión, usar vestimenta con la que se sienta cómodo (a), y asistir puntualmente al lugar de encuentro de las sesiones, las cuales se desarrollaron en la sala de conferencias del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E.

En un segundo momento se realizó el análisis estadístico como se contempla en el plan de análisis de información, paralelamente se desarrollaron las 10 sesiones del programa cognitivo-comportamental de apoyo social, denominada fase de intervención (Véase Anexo 1) para el grupo experimental junto con sus respectivo cónyuges, la cual incluyó una serie de técnicas cognitivo-comportamentales dirigidas hacia el fortalecimiento del apoyo social evidenciado en la relación de la persona que presenta hipertensión arterial esencial y su cónyuge, y se desarrollaron en sesiones grupales, se mantuvieron las condiciones necesarias bajo estricto control, las cuales se desarrollaron los días sábados, de 9 am a 11 am. Mientras tanto el grupo control asistió a sesiones de psicoeducación frente a la hipertensión arterial, las cuales fueron dirigidas por la coordinadora de salud mental de la institución los días sábados de 9 am a 11am en el coliseo municipal y hacían parte del desarrollo del programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

4. *Fase de Post-Evaluación.* Finalmente se llevó a cabo la sesión de post-evaluación la cual se desarrolló con el grupo control y experimental, y se repitió el procedimiento descrito en la fase de pre-evaluación y se realizó la aplicación del cuestionario MBG.

Por último, se realizó una sesión de socialización de resultados para el Centro de Salud San Lorenzo E.S.E. y para los participantes, y a partir de los resultados obtenidos en este estudio se consideró conveniente que el grupo control también sea partícipe del programa y se establecieron las fechas para la aplicación del mismo.

Plan de análisis de datos o de información

Teniendo en cuenta que el objetivo general del presente estudio fue determinar los efectos de la implementación de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social sobre los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial, es importante señalar que el plan de análisis de datos se considera una herramienta útil en la consecución de tal objetivo, en este sentido la decisión sobre que análisis desarrollar en términos de paramétrico o no paramétrico, se tomó teniendo en cuenta los criterios para el desarrollo de análisis paramétricos (Hernández, Fernández, y Baptista, 1997), estos son: verificar que las variables presenten un nivel de medida de intervalo o razón, precisar la normalidad de los datos presentes en la muestra, y que exista homocedasticidad entre los grupos, es decir que los muestras a estudiar presenten varianzas homogéneas sucesibles de ser comparadas .

En concordancia se verificó que la variable dependiente en el presente estudio es susceptible de ser medida y ser considerada como una variable de intervalo, tal como lo afirma Brown (1980), refiriéndose a tratar calificaciones o puntajes de pruebas como si se encontrarán en este tipo de escala, en tanto la variable adherencia al tratamiento incluye componentes psicológicos que si bien no hacen referencia a un rango de unidades iguales, permiten un acercamiento al atributo y a su variación desde su puntuación total, como si se tratara de una prueba psicológica al considerar la dificultad relativa a cada participante.

Luego el equipo investigador realizó mediante el software *Statistical Product And Service Solutions* (SPSS) versión 20 orientado hacia las ciencias sociales, la prueba de Normalidad de Shapiro Wilk, porque como se describió en apartados anteriores la muestra no supera los 50 datos. Dicho análisis se realizó para el pre-test del cuestionario MBG

(Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

Finalmente el grupo investigador procedió a realizar el test de Levene por medio del cual se comparan varianzas para determinar la homocedasticidad de los grupos control y experimental.

Se realizaron análisis paramétricos, ya que los datos cumplieron con los lineamientos para aplicar este tipo de análisis, en congruencia con los objetivos específicos del presente estudio, se desarrollaron cinco análisis: 1) Prueba T para muestras independientes, en el cual se comparan los resultados de los pre-test de grupo control y experimental con el ánimo de verificar si previo a la aplicación de la variable independiente los niveles de atributo varían significativamente respecto del grupo; 2) Prueba T para muestras relacionadas, en el cual se comparan los resultados de los pre-test con los del post-test del grupo experimental con el ánimo de verificar si posterior a la aplicación de la variable independiente los niveles del atributo variaron significativamente; 3) Prueba T para muestras relacionadas, en el cual se comparan los resultados de los pre-test con los del post-test del grupo control con el ánimo de verificar si los niveles del atributo variaron significativamente 4) Prueba T para muestras independientes, en el cual se comparan los resultados de los post-test del grupo control y experimental con el ánimo de verificar si posterior a la aplicación de la variable independiente en el grupo experimental los niveles del atributo variaron significativamente respecto al grupo control

Finalmente para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas previas y posteriores a la aplicación del programa cognitivo comportamental de apoyo social se procedió a realizar un análisis de varianza de un factor Anova siguiendo los lineamientos planteados por Hernández, Fernández, y Baptista (1997), según los cuales las poblaciones provienen de una distribución normal de datos, las muestras sobre las muestras que se aplica el tratamiento son independientes y las poblaciones deben presentar homocedasticidad, así este análisis permite establecer si los resultados del tratamiento respecto a la variable dependiente.

Variables

En este estudio se manejaron dos tipos de variables:

Variable dependiente

Niveles de Adherencia al tratamiento: hace referencia al puntaje obtenido por los participantes según la escala en la que se califica el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.

Variable independiente

Programa cognitivo-comportamental de apoyo social: programa de intervención basado en un conjunto de técnicas cognitivo comportamentales a la luz de los postulados teóricos desarrollados en el marco del modelo de efecto amortiguador (Cohen y Mckey, 1984), que permite a los usuarios fortalecer sus niveles de apoyo social (véase anexo 1).

El programa cognitivo-comportamental de apoyo social consiste en diez sesiones con los pacientes y sus cónyuges donde se abordan los siguientes aspectos: 1) Sensibilización frente a la importancia del apoyo social en la enfermedad crónica; 2) Identificación del significado de la enfermedad para el paciente desde sus entornos personal familiar, social y laboral; 3) Identificación de los significados y fuentes de apoyo social; 4) Reconocimiento de los recursos internos y externos de apoyo social con los que cuenta la persona con hipertensión arterial y su cónyuge; 5) Fortalecimiento de los recursos personales y familiares a nivel informacional, emocional e instrumental frente al manejo de la enfermedad; 6) Estrategias para el mantenimiento del apoyo social; y 7) Establecimiento de metas individuales y familiares a corto y largo plazo al manejo de la enfermedad.

Las técnicas utilizadas dentro del programa cognitivo-comportamental son: Psicoeducación (Builes y Bedoya, 2006), Juego de roles (Martin, 1992), Modelado (Artigas, Chamizo, Pons, Rodrigo, Prados, Sansa, y Trobalon, 2002), Entrenamiento en solución de problemas y manejo de emociones. (Caballo, V. y cols, 1991), Reestructuración cognitiva (Bados y Garcia, 2011), Feedback (Hernández-Aristu, 2002)

Control de variables

Condiciones del experimento. En el presente estudio, se trabajó con un grupo control y experimental a partir de asignación aleatoria, manteniendo características equivalentes como el número de participantes, el género, masculino y femenino, el rango de edad, el estado civil y la procedencia, casados y del sector urbano del municipio, sin embargo estas características no se midieron, ni se tuvieron en cuenta para los análisis

estadísticos. Según Kerlinger (2002), la aleatorización de los participantes en grupo control y experimental, permite el control de los efectos de variables como historia, maduración y pretest, sin embargo no permite medir dichos efectos (p.438); además la aleatorización es el único método para controlar fuentes de varianza desconocidas (p. 441).

Mientras se desarrolló el programa con el grupo experimental, el grupo control fue dirigido por el coordinador del programa de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E a partir de la cita de control referente a la Hipertensión Arterial Esencial. Una vez terminada la aplicación del programa con el grupo experimental, el equipo investigador procedió a realizar la aplicación con el grupo control, sin embargo los resultados de evaluación en este grupo no fueron incluidos en esta investigación.

Lugar de intervención. Las sesiones de trabajo se desarrollaron en el auditorio del Centro de Salud San Lorenzo .E.S.E., este lugar de trabajo fue confortable, con buenas condiciones de luz y ventilación, las cuales se mantuvieron a lo largo de las sesiones.

Tiempos de intervención. El tiempo fue fijo y especificó en el protocolo de sesión, el tiempo y el horario se mantuvo constante a lo largo de las sesiones tanto para el grupo control como para el experimental.

Material y metodología de trabajo. En el protocolo de sesión se hizo evidente el material necesario para el desarrollo de las sesiones y los pasos para la ejecución de cada encuentro.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

La implementación de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social cambia los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial en el municipio de San Lorenzo-Nariño, 2014.

Hipótesis nula

La implementación de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social no cambia los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial en el municipio de San Lorenzo-Nariño, 2014.

Elementos éticos y bioéticos

Este trabajo se desarrolló con el fin de favorecer el desarrollo de la psicología y el bienestar de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial esencial y a su grupo primario de apoyo, inicialmente con su cónyuge, respetando sus derechos como seres humanos.

De esta manera se reconoció a los participantes como agentes activos del proceso, a quienes se les socializó la información necesaria con los objetivos, propósito, beneficios y procedimiento de la investigación. Después de esto, se presentó un documento por escrito denominado consentimiento informado (Véase Anexo 2), el cual firmaron de manera libre y voluntaria aquellas personas que de acuerdo a los criterios de inclusión eran aptos y desearon hacer parte del estudio, según la Ley 1090 y la Resolución 8430, bajo principios éticos de respeto y dignidad garantizando el bienestar de los participantes, así como su confidencialidad (Ministerio de la Protección Social, 2006; Ministerio de Salud, 1993). Además, siguiendo los preceptos éticos, se garantizó la aplicación del programa al grupo control por parte del equipo investigador.

Teniendo en cuenta que para el estudio fue necesaria la aplicación de material psicotécnico y la aplicación de un programa de intervención, los investigadores contaron con los conocimientos y preparación necesarios frente a las temáticas y el acompañamiento de personal experto e idóneo entre los que se encontraron la asesora profesional y docentes de la Universidad de Nariño.

La investigación se desarrolló bajo los principios científicos y éticos donde se veló por la seguridad de los participantes, minimizando los riesgos que pudieran afectar su salud física o emocional como dicta la resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993). Se contó con la autorización de la gerencia del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E. (Anexo 5) y con la certificación por parte del profesional a cargo del Programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) frente al desarrollo de la intervención (Anexo 6). Con respecto a la utilización de los instrumentos de evaluación se realizó la autorización de los autores mediante correo electrónico (Anexo 7).

Mientras se desarrolló el programa con el grupo experimental, el grupo control fue dirigido por el coordinador del programa de enfermedades crónicas del Centro de Salud

San Lorenzo E.S.E a partir de la su control cita de control referente a la Hipertensión Arterial Esencial. Una vez terminada la aplicación del programa con el grupo experimental y demostrando su efectividad, el equipo investigador procedió a realizar la aplicación con el grupo control, el cual se encuentra en ejecución desde el 14 de febrero de 2015 y se extenderá hasta el 25 de abril de 2015.

RESULTADOS

Inicialmente se presenta una caracterización de la población encontrando que las edades de los participantes oscilaron entre los 46 y 78 años, con una media de 65.9, en su totalidad casados y residentes en la zona urbana del municipio de San Lorenzo. Del total de la población el 76,7% se desempeñan como amas de casa, mientras que el 13,3 se desempeñan como jornaleros, seguidos de ocupaciones como agricultores y sastres respectivamente. Con respecto a los niveles de escolaridad, la mayoría de los participantes cursaron segundo y tercero de primaria, 40% y 30% respectivamente, mientras que los demás participantes cursaron los grados tercero, cuarto y quinto de primaria en menor proporción.

Tabla 2.

Distribución de grupos por género y edad

Grupo	Género		Total
	H	M	
Experimental	4	11	15
Control	4	11	15

En función de desarrollar un ejercicio analítico adecuado y pertinente al presente estudio, se consideró necesario realizar primero dos análisis fundamentales, uno por medio del cual se compruebe si la distribución de los datos es normal para cada grupo y un segundo análisis en el cual se compruebe si existe homocedasticidad en los grupos participantes en la investigación, los resultados se presentan a continuación.

Normalidad en el pre test para el grupo experimental y control

Para establecer la normalidad de los datos de pre-test tanto en el grupo control y grupo experimental, se utilizó la prueba Shapiro Wilk, teniendo en cuenta que las muestras eran menores a 50 participantes. Los resultados obtenidos en el pre test del grupo experimental y control, tal como se relacionan a continuación (véase Tabla 3) muestran que el p-valor de ambos grupos es mayor a .05, específicamente .785 para el grupo

experimental y .500 para el grupo control, de tal forma que no se puede rechazar la idea de que los datos provienen de una distribución normal.

Tabla 3.
Prueba de Normalidad

Grupo	Pruebas de normalidad		
	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
E_PRE_MGB	,965	15	,785
C_PRE_MBG	,948	15	,500

Homocedasticidad para los grupos control y experimental

Para establecer la homocedasticidad de los datos del pre-test tanto en el grupo control y grupo experimental, se utilizó el test de Levene, en el cual se comparan las varianzas de los grupos con el fin de reconocer su homogeneidad, los resultados obtenidos a partir del estadístico de Levene se relacionan a continuación (véase Tabla 4) en el cual se evidenció que el p-valor es igual a .418, y dado que este valor es mayor a .05 se retiene la hipótesis nula de esta prueba, determinando que las poblaciones comparadas presentan varianzas iguales, es decir presentan homocedasticidad.

Tabla 4.
Prueba de homogeneidad de varianzas

Prueba de homogeneidad de varianzas			
TOTALMBG			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,676	1	28	,418

Niveles de adherencia al tratamiento previos a la aplicación del programa cognitivo-comportamental

La posibilidad de determinar si existen diferencias significativas en el atributo adherencia al tratamiento debido al programa cognitivo comportamental de apoyo social entre el grupo control y experimental se presenta debido a la comparación de los datos arrojados por la muestra en distintos momentos, por ende el primer paso se encuentra en determinar los niveles del atributo para ambos grupos previos a la aplicación de la variable independiente.

En cuanto a los valores de adherencia al tratamiento, según el cuestionario MBG, en la aplicación pre, tanto para el grupo experimental como para el grupo control el resultado

indica que inicialmente el grupo control presenta una media igual a 19.26 con una desviación estándar de 2.08 mientras que para el grupo experimental se registró una media de 21 con una desviación estándar de 3.4 evidenciando que en los dos grupos el nivel de adherencia al tratamiento es débil tal y como lo registra la tabla 5.

Tabla 5
Niveles de adherencia al tratamiento pretest grupo control y experimental

PRE_MBG				
GRUPO	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Control	19,26	2,086	16	23
Experimental	21	3,441	15	28
Total	20,40	3,024	15	28

Adicionalmente se desarrolló una Prueba T para muestras independientes, en el cual se comparó los resultados de los pre-test de grupo control y experimental, la comparación evidenció que no existen diferencias significativas en el grupo control y experimental en el primer momento de la investigación, entendiendo que como se observa en la tabla 6 el p-valor para la prueba T es igual a .090 que es mayor a 0.5 lo que indica no rechazar la hipótesis nula.

Tabla 6.

Prueba de t para muestras independientes pretest para grupo control y experimental

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
										Inferior	Superior
TOTAL MBG	Se han asumido varianzas iguales	,676	,418	2,824	28	,090	2,800	,991	,769	4,831	

Niveles de adherencia al tratamiento posteriores a la aplicación del programa cognitivo-comportamental de apoyo social

En primera instancia se buscó generar una descripción de los datos encontrados frente a los niveles de adherencia al tratamiento posteriores a la aplicación del programa cognitivo-comportamental de apoyo social tal y como lo ilustra la tabla 7, los cuales

indican que para el grupo control la media fue 19.46 con una desviación estándar de 1,84 y en contraposición el grupo experimental presenta una media igual a 40.8 con una desviación estándar de 3,02 evidenciando una diferencia entre grupos considerable.

Tabla 7.

Niveles de adherencia al tratamiento posttest en grupo control y experimental

Informe				
GRUPO	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Control	19,4667	1,84649	17,00	23,00
Experimental	40,8000	3,02844	35,00	45,00
Total	30,1333	11,12541	17,00	45,00

En consonancia a estos resultados y con el ánimo de verificar si las diferencias que presentan los grupos son estadísticamente significativas se realizó la Prueba T para muestras, este análisis permitió evidenciar las diferencias significativas en tanto el p-valor es igual a .000, por ende se concluye que se debe rechazar la hipótesis nula que propone que las medias de las poblaciones comparadas son iguales (Tabla 8).

Tabla 8.

Prueba de t para muestras independientes posttest para grupo control y experimental

		PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
TOTAL MBG	Se han asumido varianzas iguales	2,757	,108	23,294	28	,000	21,333	,916	19,457	23,209

Diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento, previa y posterior a la aplicación de un programa cognitivo comportamental de apoyo social

Finalmente es importante para analizar las diferencias existentes en los niveles de adherencia al tratamiento previas y posteriores a la aplicación del programa cognitivo comportamental de apoyo social realizar 2 análisis fundamentales intra grupo, esto es verificar si el grupo control presenta diferencias estadísticamente significativas entre su

medida pretest y postest, para ello se realizó un análisis con la Prueba T para muestras relacionadas, en el cual se compararon las medias de los resultados de los pre-test con los del post-test del grupo control, las cuales fueron 19,26 en el pretest con una desviación estándar de 2,08 y en el postest de 19,46 con una desviación estándar de 1,84 encontrando como se evidencia en la Tabla 9 que en comparación de medias entre los dos momentos del grupo control pre y post, los niveles del atributo no variaron significativamente, esto se confirma al observar el p-valor de la prueba T igual a .689 y este es mayor que .05. Se concluye que se debe asumir que las medias de las poblaciones comparadas son iguales.

Tabla 9.

Prueba de t para muestras relacionadas pretest y postest para grupo control

		Diferencias relacionadas					t	g	Sig.
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia			l	(bilateral)
					Inferior	Superior			
PAR	C_PRE_MBG -	-,20000	1,89737	,48990	-	,85073	-	1	,689
1	C_POS_MBG				1,25073		,40	4	
							8		

Luego de comprobar que el grupo control no presenta diferencias estadísticamente significativas en sus medidas pre y pos es posible inferir que en ausencia de tratamiento el atributo adherencia al tratamiento no presenta variaciones considerables sin embargo, es necesario analizar el comportamiento del atributo en el grupo experimental, en este sentido se realizó la Prueba T para muestras relacionadas, en el que se presentó la comparación de medias de las medidas pre-test y post-test en el grupo experimental, las cuales fueron 21 en el pretest con una desviación estándar de 3,4 y en el postest de 40,8 con una desviación estándar de 3,02. En el cual se encontraron diferencias significativas, lo que permitió asumir que la aplicación del programa cognitivo comportamental de apoyo social puede explicar dicha variación entre las medias de la misma muestra. En este sentido para la comparación de medias, se utilizó de la prueba T como se presenta en la Tabla 10 en la cual se registró un p-valor igual a .000, lo que evidencia la diferencia significativa entre las medias del pre-test y post-test en el grupo experimental.

Tabla 10.

Prueba de t para muestras relacionadas pretest y posttest para grupo experimental

	Prueba de muestras relacionadas					T	G	Sig. (bilateral)
	Diferencias relacionadas							
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
			Inferior	Superior				
E_PRE_ MGB - E_POS_ MBG	-19,26667	4,90578	1,2666	-21,98340	-16,54994	-15,211	1 4	,000

Para examinar en detalle las diferencias estadísticamente significativas que se evidenciaron en el presente estudio se realizaron análisis en los factores de la prueba MBG, con el fin de observar y dar cuenta de cómo se presentaron estas diferencias, así se debe analizar cada factor de la adhesión al tratamiento desde el modelo teórico abordado por el presente estudio, el cual describe tres factores que serán examinados a continuación.

Cumplimiento activo, en este factor el programa de apoyo social logró evidenciar cambios de tal manera que antes de la intervención, la media del cumplimiento activo en el grupo experimental es igual a 10.73 de un total posible de 25 puntos para evaluar este factor, luego de la aplicación del programa, se obtuvo una media de 18 puntos para el grupo experimental, además previo a la intervención existían puntajes mínimos de 7 puntos para este factor, indicando bajo cumplimiento, sin embargo el puntaje mínimo luego de la aplicación del programa es igual a 16, tal y como se ilustra en la tabla 11.

Tabla 11.

Resultados cumplimiento activo pre y posttest en grupo experimental

	Análisis factor cumplimiento	
	PRE_MBG_A	POS_MBG_A
Media	10,73	18
Desv. típ.	2,017	1,51186
Mínimo	7	16
Máximo	14	20
N	15	15

El segundo factor a analizar se denomina Autonomía ante el tratamiento, en el cual se registró la media previa a la aplicación del programa con un valor igual a 5 puntos de un total de 20, presentando puntajes mínimos de 2 puntos, pero posterior a la intervención el

grupo presentó una media igual a 11.31 con puntajes mínimos de 10 indicando que las estrategias y las técnicas utilizadas fortalecieron la autonomía del cumplimiento en los participantes tal como se ilustra en la tabla 12.

Tabla 12.

Resultados autonomía ante el tratamiento pre y postest en grupo experimental

Análisis factor autonomía ante el tratamiento		
	PRE_MBG_B	POS_MBG_B
Media	5,13	11,8667
Desv. típ.	2,066	,91548
Mínimo	2	10,00
Máximo	9	13,00
N	15	15

Finalmente es pertinente evaluar el tercer factor denominado Complejidad de la adhesión, en análisis demostró que el grupo experimental presentó previo a la aplicación del programa cognitivo comportamental una media de 5,67 de un total de 15 puntos posibles, en los cuales se encontraron valores mínimos de 4 puntos, sin embargo luego de la intervención se evidencio en este factor una media de 10.93 indicando diferencias significativas de cambio en el factor, en el cual el mínimo puntaje fue de 9 puntos como se ilustra en la tabla 13.

Tabla 13.

Resultados complejidad de la adhesión pre y postest en grupo experimental

Análisis factor complejidad de la adhesión		
	PRE_MBG_C	POS_MBG_C
Media	5,67	10,93
Desv. típ.	1,291	1,334
Mínimo	4	9
Máximo	8	13
N	15	15

Luego de examinar los resultados de cada factor se hizo pertinente contrastar las medias obtenidas en el desarrollo del trabajo, pretest grupo control, pretest grupo experimental, postest grupo control y postest grupo experimental, a partir de una análisis de varianza que cerciore que las diferencias significativas antes evidenciadas se relacionan directamente con la presencia de la variable independiente , así se expresa en la tabla 14, de

tal forma que como se observa el p valor es igual a .000 indicando un elemento particular, las diferencias intra grupos, que puede entenderse como aquella que se debe a elementos relacionados a la aleatoriedad son considerablemente amplias respecto de la diferencia entre grupos, lo cual indica que existe la presencia de un factor que influye en el grupo para la presencia de dichas diferencias, en este caso particular se estima que la presencia del programa cognitivo comportamental de apoyo social es la causa de la diferencia inter grupos.

Tabla 14.
Análisis de Varianza de un factor (ANOVA)

ANOVA de un factor					
MEDIA					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3942,800	3	1314,267	84,325	,000
Intra-grupos	872,800	56	15,586		
Total	4815,600	59			

En consonancia como lo ilustra la Figura 3, el comportamiento de los datos respecto de los momentos de medida de los niveles de adherencia al tratamiento, tal y como se disponía en el diseño del experimento causa del presente estudio: O1 medida pretest del grupo experimental, O2 mediciones posttest del grupo experimental, O3 medida pretest grupo control y O4 posttest grupo control así:

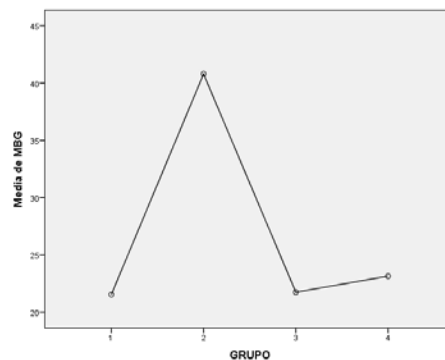


Figura 3. Contraste de medias análisis de varianza de un factor pretest y posttest de grupo control y experimental (ANOVA).

Como se observa el posttest del grupo experimental evidencia un contundente cambio respecto de su medida pretest, no solo en comparación a su grupo sino también al grupo control el cual evidencia un leve aumento del pretest al posttest, evidenciando que

esta variable puede presentar elementos de maduración, el tiempo entre otras sin embargo estos aumentos que no alcanzan a ser estadísticamente significativos sin la presencia de la variable independiente

DISCUSIÓN

Retomando el objetivo general del presente estudio, determinar los efectos de la aplicación de un programa de apoyo social sobre los niveles de adherencia al tratamiento en personas que presentan hipertensión arterial esencial, es importante indicar los niveles previos a la aplicación del programa y la comparación de las medidas posteriores a la aplicación o no del mismo.

Es preciso recordar que los resultados indicaron que los niveles de adherencia al tratamiento entre el grupo experimental y el grupo control presentan diferencias significativas.

Para examinar detenidamente esta afirmación es importante mencionar que previo a la aplicación del programa, al revisar los puntajes generales de todos los participantes, los sujetos presentaron una media de 21.63, un mínimo valor de 14 y un máximo de 29, es decir de acuerdo al MBG todos se encuentran en un nivel entre no adherido y parcialmente adherido, justo como se esperaba desde el referente teórico, el cual indica que en enfermedades crónicas la adhesión al tratamiento suele no ser un elemento sobresaliente, por el contrario representa un aspecto de gran dificultad en tanto se evidencia falta de convicción personal y responsabilidad en los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud, necesarios para obtener resultados benéficos (Holguín et. al, 2006).

En congruencia al anterior análisis, al examinar en detalle lo ocurrido con los grupos en el pre test se encuentra que no existen diferencias significativas del atributo adherencia al tratamiento entre el grupo control y experimental, es decir, previo a la aplicación del programa cognitivo comportamental de apoyo social, para el grupo control se observó una media de 19.26 con una desviación estándar de 2.08 mientras que en el grupo experimental la media se registró en 21 con una desviación estándar de 3.4, estos valores registran la adherencia para los participantes de acuerdo al instrumento MBG en no adheridos o parcialmente adheridos, siguiendo la línea de la OMS (2004) quienes señalan

que la adherencia al tratamiento es un factor fundamental para el control de las enfermedades crónicas pero que usualmente no cuenta con un gran interés de parte de la comunidad científica por ende se hace necesario la mayor exploración para entender e intervenir sobre este fenómeno pues puede ser un punto clave en control de salud pública y minimización del gasto en los servicios sanitarios.

En consecuencia el análisis paramétrico de comparación de medias T de Student entre el grupo control y experimental arrojó un p valor igual a 0.90 indicando que no existieron diferencias significativas en el atributo adherencia al tratamiento, lo cual fue insumo fundamental para identificar los cambios que surgieron posteriores a la aplicación del programa cognitivo comportamental.

En la evaluación posterior a la aplicación del programa, es preciso adelantar diferentes análisis para explorar tanto a nivel teórico y estadístico los puntos más sobresalientes del presente estudio, en esta medida al revisar los puntajes generales de los participantes, se encuentra que para el grupo control la media se registró en 23.13, lo cual evidencia un cambio en los niveles de adherencia al tratamiento, sin embargo este cambio no alcanza a denominarse estadísticamente significativo, así el p valor para la prueba T Student para muestras relacionadas entre los dos momentos del grupo control pretest y posttest es igual a .689 lo cual indica que no existen diferencias entre las muestras comparadas. Lo anterior, puede argumentarse desde lo que afirma Kerlinger (2002), los efectos de historia y maduración pueden generar una cierta variación en la variable, sin embargo al partir de un diseño con grupo control y experimental, el resultado de comparación permite determinar si esta variación es estadísticamente significativa, situación que no se presenta en el grupo control respecto a la variable adherencia al tratamiento.

La implicación de este primer análisis radica en la importancia de constatar que el atributo adherencia al tratamiento, presenta un comportamiento esperado en ausencia de la variable independiente, en tanto no cambia sustancialmente en el tiempo, indicio fundamental para evaluar la magnitud de los cambios en el grupo experimental, sin embargo esta tendencia no es definitiva pues resulta importante examinar los planteamientos de la OMS (2004) y el modelo de adherencia de Knobel et al. (2000)

quienes sostienen que se hace necesario intervenir en variables como la adherencia al tratamiento, pues de comprobar estrategias para modificar su comportamiento puede y debe ser considerado como un factor protector de la salud o también como un factor de riesgo ante la patología, lo anterior respaldado por las investigaciones realizadas por Castro, Campero y Hernández (1997) y Vinaccia, Quiceno, Fernández, Gaviria, Chavarría, Orozco (2006) en donde se establece y resalta la importancia y relación entre factores como el apoyo social en la adherencia al tratamiento para el manejo adecuado de la enfermedad crónica y más específicamente en la hipertensión arterial desde elementos familiares y sociales.

En contraposición, el grupo experimental presentó diferencias significativas luego de la aplicación del programa cognitivo comportamental de apoyo social, en detalle la media del pretest se registró en 21 con una desviación estándar de 3.4, mientras que el postest arrojó una media de 40.8 con una desviación estándar de 3.02.

Justamente el propósito del presente estudio se evidencia en el anterior análisis, sin embargo es importante analizar de manera más amplia esta diferencia significativa, con el ánimo de enriquecer éste hallazgo y fortalecer la argumentación a nivel de la praxis en programas de salud y la reflexión teórica en torno al atributo objeto de estudio y las estrategias que promovieron dicho cambio.

La prueba T Student para muestras relacionadas entre los dos momentos del grupo experimental arrojó un p valor igual a .000, lo cual indica una diferencia significativa pero no da cuenta en su totalidad de cómo se presenta dicha diferencia ni en qué elementos se marcó de manera más fuerte el cambio, por ende fue necesario precisar algunos elementos.

La adhesión al tratamiento desde el modelo teórico abordado por el presente estudio (Martín, Bayarre y Grau, 2008), supone tres factores a evaluar. El primero se denomina cumplimiento activo, se refiere al cumplimiento de las principales indicaciones médicas como: tomar los medicamentos en el horario establecido, realizar las orientaciones acerca de la dieta, asistir a las consultas programadas y ejecutar estas a través de la participación activa del paciente, de manera que perciba el cumplimiento sin la realización de grandes esfuerzos.

En este factor el programa de apoyo social logró fortalecer este componente, de tal manera que antes de la intervención la media del cumplimiento activo en el grupo experimental fue igual a 10.73 de un total posible de 25 puntos para evaluar este factor, en el cual los ítems refieren el cumplimiento con el que el paciente sigue las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, sin embargo esta media no se mantuvo igual y presentó diferencias significativas, esto es, luego de la aplicación del programa se obtuvo una media de 18 puntos para este grupo.

De igual manera, es vital analizar que previo a la intervención existía un puntaje mínimo de 7 puntos para este factor indicando bajo cumplimiento, sin embargo el puntaje mínimo en el postest es igual a 16, lo cual apoya la idea de que el tratamiento es efectivo y que además tal como lo menciona Cassel y Cobb (1976 citados en Castro, Campero y Hernández, 1997) el apoyo social es un factor clave en la adquisición de comportamientos que mantienen la salud, además siguiendo la línea de Di Matteo (2004) se debe resaltar la participación de la pareja pues tal y como él señala, es la pareja un elemento significativo para lograr la aparición de algunos comportamientos y la extinción de otros de acuerdo a las normas o pautas que se pacten en la pareja.

También es preciso denotar que el proceso de reestructuración cognitiva permitió evidenciar que las personas pueden identificar sus pensamientos sobre aspectos concretos de su desarrollo en el proceso salud - enfermedad y reevaluarlo de acuerdo a sus beneficios, costos o al daño que un comportamiento puede presentar en su vida, de tal forma que estas consideraciones aportan especialmente en las valoraciones que se hacen de la asistencia a los controles o el respeto de horarios en el consumo de medicamentos (Bados y García, 2011; Castro, Campero y Hernández, 1997).

Precisando el análisis del segundo factor a analizar, denominado autonomía del tratamiento, se refiere a modos de actuación en los que el paciente asume el cumplimiento de su tratamiento, de modo independiente de la familia, en colaboración con el médico o utilizando recursos personales que garanticen el cumplimiento del tratamiento; dicho esto es necesario destacar que el trabajo para la autonomía desde el apoyo social también cambió significativamente del momento pre aplicación al momento post aplicación, los estudios indican que las técnicas de feedback ayudan a la persona a evaluar sus

comportamientos frente a su tratamiento generando mayor compromiso frente a su salud y pasando del conocimiento a la práctica (Hernández-Aristu, 2002; Marrero, 2004; Wilson, McKenzie, Quayle y Murray, 2013), de igual forma el entrenamiento en formatos de autoregistro (Ruales y Robles, 1999) aumenta las posibilidades de las personas para regular su comportamiento y mantener aquellos que le sean adaptativos, este tipo de elementos que pertenecen al programa cognitivo conductual de apoyo social pueden explicar la diferencia que se presenta en este factor, así la media previa a la aplicación del programa arrojó un valor igual a 5 puntos de un total de 20, presentando puntajes mínimos de 2 puntos, señalando que inicialmente existía una debilidad en la autonomía del tratamiento, sin embargo esta se fortaleció a partir de la intervención evidenciando para el grupo experimental una media posterior a la aplicación del programa igual a 11.31 con puntajes mínimos de 10.

Es importante destacar para este factor que la psicoeducación juega un papel fundamental en el desarrollo de comportamientos, en tanto le permite al usuario comprender la importancia de ejecutar un determinado comportamiento así como conocer el curso de su patología y asumir una posición personal frente a esta situación (Builes y Bedoya, 2006), al igual que el modelado como técnica complementaria que garantiza que el usuario aprenda un comportamiento paso a paso y no deje lugar a dudas acerca de cómo seguir indicaciones de forma correcta (Artigas, Chamizo, Pons, Rodrigo, Prados, Sansa, y Trobalon, 2002).

Finalmente es pertinente evaluar el tercer factor denominado complejidad de la adhesión, el cual refleja aspectos del proceso de adherencia que presentan cierta complejidad, referidas a indicaciones médicas (realizar los ejercicios físicos, seguir una dieta alimentaria, asistir a controles médicos), así inicialmente el grupo experimental presentó una media de 5,67 de un total de 15 puntos posibles, en los cuales se encontraron valores mínimos de 4 puntos, sin embargo, luego de la intervención se evidenció en este factor una media de 10.93 indicando diferencias significativas de cambio en el factor, en el cual el mínimo puntaje fue de 9 puntos.

En este sentido, el entrenamiento en solución de problemas implica una reevaluación exhaustiva de situaciones emergentes a la patología y como resolverlos de acuerdo a un

modelo de información, el cual puede presentar una solución adaptativa e incentiva la búsqueda de alternativas que potencien los recursos personales y familiares, y optimicen la relación de la persona con el manejo de su enfermedad y con el sistema de asistencia de servicios sanitarios, como la construcción y uso de estrategias personales para el cambio del comportamiento y del estilo de vida (Caballo, V. y cols, 1991).

De manera que este análisis representa los cambios que se evidenciaron posteriores a la aplicación del programa, sin embargo es difícil señalar que unos factores se modificaron más ampliamente que otros, en tanto es necesario evaluar y considerar la dificultad relativa a cada participante que representa potenciar cada factor (Brown, 1980), este por supuesto es un análisis psicológico que debe evaluar que resultado más difícil para los participantes pues esto hace parte de las características psicológicas de los mismos.

Sin embargo, esta discusión no estaría completa si no se comprende que son los elementos psicológicos dirigidos desde el apoyo social como amortiguador de la patología crónica en la vida de las personas y como la herramienta fundamental para evidenciar mejoría en los niveles de adhesión al tratamiento. De tal manera, como lo exponen Cohen y Mckey (1984) el apoyo instrumental facilita a las personas los medios e insumos necesarios para completar una tarea, al enriquecer este apoyo es posible comprender como algunas tareas se presentan con mayor frecuencia; de igual forma comprender que el apoyo informacional, orienta el actuar y precisa los objetivos a cumplir, añadiendo que si esta información la brinda una persona significativa dentro de su red de apoyo, en este caso un cónyuge, indica en el presente estudio y otros como Di Mateo (2004), un plus a la relación entre la información y la intención de cambio, finalmente el apoyo emocional orienta y motiva el proceso particular de cada participante, en tanto le permite fortalecer habilidades a partir de la experiencia gratificante del afecto y el cariño en el entorno familiar, generando sentimientos de optimismo, alegría y motivación extrínseca para alcanzar objetivos terapéuticos.

Por lo tanto, Ortiz, Willey, Chiang (2014) confirman que el estrés psicológico está asociado a la enfermedad cardiovascular, es decir, el efecto del estrés agudo en desenlaces cardiovasculares frente a estresores psicológicos pueden generar cambios en el ritmo cardiaco, aumento en la presión arterial, viscosidad sanguínea, hematocrito y marcadores de

actividad procoagulante e incluso isquemia cardiaca llevando así a un posible infarto del miocardio. Por lo anterior, se evidencia la relación de cómo el estrés psicológico contribuye a aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y el pronóstico de las mismas, por ende el apoyo social actúa como moderador de la relación que existe entre el estrés psicológico y su desenlace en la salud, no solo ante estresores agudos (de exposición breve o tiempo limitado) como ruptura de una relación afectiva, un problema familiar o la exposición a fenómenos naturales sino también ante estresores crónicos (exposición por periodos prolongados o reiterativos al mismo evento) como percepción de discriminación, cuidar niños con discapacidad física severa, enfermedad crónica incapacitante. Por tanto, es posible hipotetizar que el estrés psicológico puede relacionarse indirectamente con resultados en salud, alterando comportamientos saludables considerados factores protectores o de riesgo, tales como la práctica de actividad física y tener una dieta balanceada, entre otros. En esta medida, el programa de apoyo social implementado, no solo permite a las personas resignificar las implicaciones de presentar una enfermedad crónica y el manejo de la misma, sino que también les permite generalizar las habilidades personales y familiares frente a diferentes tipos de estresores cotidianos.

Un primer elemento importante que orientó teóricamente el ejercicio investigativo en su planteamiento fue el de Cohen (1988) quien expone que los comportamientos saludables pueden ser influenciados por el apoyo social, incluyendo la dieta y el ejercicio, dependiendo de las normas del grupo de apoyo y de la información que provee su red para la ejecución de un comportamiento y concuerda además en que dicha relación puede ser bidireccional, es decir puede aumentar o reducir la probabilidad de presentar algunos comportamientos. En este sentido, la investigación permitió evidenciar cómo la adhesión al tratamiento puede mejorar, a partir de una intervención que fortalece el apoyo social, en tanto este atributo funciona como efecto modulador del daño generado por la patología, en consecuencia, el apoyo social ayuda al individuo a evaluar sus comportamientos de riesgo y adoptar aquellas conductas que resulten adaptativas para su ciclo vital. En congruencia es pertinente mencionar que el apoyo social puede representar una ayuda importante para el sistema de salud y los profesionales que trabajan en el trato y mitigación de patologías crónicas no transmisibles.

Ahora bien, la activación de entornos promotores de conductas saludables no debe ligarse solamente al centro o servicio de salud, deberá involucrar a la familia, amigos cercanos y comunidad en general para empezar a cambiar algunos hábitos y lograr optimizar la relación costo-beneficio, facilitar la adherencia al tratamiento y así contribuir a mitigar el daño ocasionado por la patología en las personas con HTA (Avendaño y Barra, 2008; Yeo y Sawyer, 2005; Perugache y Mora, 2001). En este sentido, el desarrollo de la presente investigación aporta al conocimiento científico la posibilidad de considerar el apoyo social un factor relevante en la adquisición de comportamientos enmarcados en la adherencia al tratamiento y ante la posibilidad de intervenir y modificar este atributo con resultados favorables; a partir de evaluaciones primarias sobre la enfermedad como estresor, evaluaciones secundarias sobre el estresor (identificación de recursos personales), en las conductas (no se cuenta con recursos personales pero su cónyuge los pueden aportar) y en las emociones o estados emocionales (dirigidas a reducir la angustia, preocupación o ira), incluidos en el programa de apoyo social planteado (Cohen y Mckey, 1984).

En la investigación, la implicación activa del usuario con su diagnóstico, surge de la necesidad de adaptación a largo plazo, para confrontar o trabajar sobre elementos relevantes inducidos por la enfermedad desde la habilidad personal hacia la solicitud asertiva de los recursos disponibles en el medio para el mejorando del estado de salud (Depner, Wethington, y Korshaven, 1982 citados por Shumaker, y Brownell, 1984; Didier, 1985; Magalla, Asner-self, y Schielber, 2005).

Históricamente la visión con la que se concibe el concepto de salud se amplía con los estudios científicos, en este sentido el presente proyecto pretende resaltar para el caso de la HTA que la adhesión al tratamiento probablemente mostrará resultados eficaces frente a los tratamientos en cuestiones como: cumplimiento en la toma de medicamentos, seguimiento de normas alimenticias o desarrollo de ejercicio y también indicaciones de autocuidado siempre y cuando se generen cambios en elementos como el cumplimiento activo, la autonomía del tratamiento y la complejidad de la adhesión.

Además, Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar, Sánchez-Sosa (2005) hacen hincapié en el efecto de perder la salud y en el aumento de las tasas de mortalidad como consecuencia

del deterioro en el apoyo familiar frente a la presencia de una enfermedad crónica en la vida de una persona, la cual conlleva a considerar esta patología como un evento estresante.

El modelo amortiguador de apoyo social (Cohen y Mckey, 1984 citado por Schumaker y Brownell, 1984), es un conjunto de herramientas que le permite a la persona en primera instancia reconocer el significado de las relaciones interpersonales, otorgándole valor a la calidad constructiva de intercambio con sus semejantes, construyendo un sentido personal para cada individuo permitiendo valorar los requerimientos sociales, y que pasa a contemplarse de modo dinámico como una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo y su ambiente circundante; elementos importantes que se reflejaron en el desarrollo del programa cognitivo comportamental de apoyo social, en un marco de intervención y fortalecimiento de comportamientos saludables y su relación con el acompañamiento familiar. En concordancia implica también que para considerar el apoyo social como un factor protector de la salud, se debe además tener en cuenta que el apoyo recibido depende no sólo del apoyo disponible, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo, esto es el desarrollo de habilidades en las personas a la hora de identificar los recursos que se encuentran explícitos o implícitos en la cotidianidad de su ambiente particular (Elkain, 1989; Speck y Atteneave, 1974; Heller y Swindle, 1983; Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Cardoso, Meneses, Martins da Silva, Mendonça, 2014; Almgren, y Diwan, sf.; Molerio, y García, 2004).

Reconociendo la evidencia empírica de la presente investigación sobre los programas de tratamiento dirigidos hacia una cultura de autocuidado es importante reconocer que tal y como lo mencionan Ortiz y Baeza (2009), el apoyo social se relaciona con conductas pilares del tratamiento de patologías crónicas, pues quienes perciben altos niveles de apoyo social, presentan un alto puntaje en el atributo adhesión al tratamiento, y por ende en el bienestar y control de patologías, la literatura indica que existe una correlación directa entre ellas (Allen, et. al. 2002 citado por Jurado, Quijano, y Ramírez, 2009; Ruales y Robles, 1999).

La presente investigación además presenta indicios para afirmar que si bien el cambio en los estilos de vida del consultante representan un alto grado de dificultad pues exigen la adopción de actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse y adaptar el

medio hacia el mantenimiento de la salud, la cantidad de apoyo que reciben las personas puede constituirse en un factor predictor de cambios comportamentales a partir de herramientas de control de comportamiento. Por el contrario, la ausencia de apoyo social, dificulta la provisión de ayuda y acompañamiento precisamente en aquellos momentos en que es más necesario, tal como la presencia de una enfermedad, una pérdida familiar o laboral. De esta manera, se ha generado un interés en el análisis y aplicación de programas de intervención que intentan, generar por medio de redes de apoyo social artificial aquel que debería provenir de las redes naturales o, en el mejor de los casos, hacer frente a los problemas de comunicación surgidos a raíz de la enfermedad, intentando que las redes de apoyo social natural vuelvan a funcionar y provean recursos de ayuda a la persona con enfermedad crónica a partir de la interacción eficaz (Dura y Garcés, 1991), prueba de ello resulta la no presencia de cambios significativos entre el pre-test y el post-test del grupo control participante.

Siguiendo a Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona (1994) se evidencia la influencia de las emociones en el manejo de la hipertensión arterial, más allá del hecho fisiológico, generando la combinación de los tratamientos farmacológico y psicológico, la cual será más efectiva que su uso por separado. A partir de esta relación se planteó un programa dirigido hacia la reducción y control de la presión arterial, por medio de la manipulación de aquellas variables más directamente implicadas en la posible génesis y mantenimiento de este trastorno: ansiedad, ira, estrategias de solución de problemas y estilos de vida y que en consonancia a los resultados de la presente investigación se puede verificar tal hipótesis y ratificar la relación que existe entre las variables.

El presente trabajo permite evidenciar como el apoyo social puede tener efectos significativos en la consecución de adherencia al tratamiento en consonancia a lo desarrollado en el modelo de efecto amortiguador (Cohen y Mckey, 1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984) en el cual se indica que el apoyo social mitiga los efectos del estrés en la vida de las personas cuando se presentan estresores, para el presente caso es necesario considerar que la presencia de una enfermedad crónica puede ser tomado como un estresor en tanto representa una circunstancia que obliga a la persona a modificar su estilo de vida y poner en juicio las estrategias de afrontamiento que posee para

experimentar tal contingencia, por lo tanto, el programa cognitivo comportamental de apoyo social evidencia que quienes participaron del tratamiento obtuvieron mayor adhesión, en tanto, el contar con el apoyo de su cónyuge en la generación de nuevas cogniciones y comportamientos que permiten un mayor control sobre la enfermedad (Thoits, 1982; Lin, Dean, y Ensel, 1986).

Por consecuente, la realización de programas de intervención desde los principios y modelos psicológicos para el manejo de la enfermedad crónica se consideran como un aporte novedoso e importante en la praxis (OMS, 2004), tal como lo demuestran estudios como el de Hålmåjan (2014) acerca de educación en salud y su impacto en la enfermedad crónica; o el aporte de Díaz-Álvarez, Pinilla-Alarcón, Eslava-Albarracín, Padilla-Velasco (2014) intervenciones a partir de herramientas educativas para cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas; y elementos de programas cognitivos comportamentales como el de Perugache y Mora (2001) en el manejo del estrés y Enríquez y Palacios (2002) en el manejo emocional para personas que presentan hipertensión arterial, y por ende programas de apoyo social del actual estudio abarcando las dimensiones del apoyo social y su efecto en la adherencia al tratamiento, los cuales demuestran sus efectos en la medida en que antecedan cambios a nivel cognitivo, afectivo y comportamental involucrando el entorno familiar de las personas que presentan enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La presencia de un diagnóstico de HTA implica diferentes afectaciones en el ciclo vital de quien la presenta, motivo que guió el presente estudio por medio del cual se consideró aplicar un programa de apoyo social para mejorar niveles de adherencia al tratamiento en personas con HTA, con el fin de aportar desde el campo de la investigación hacia la praxis del saber psicológico en el proceso de mantenimiento y consecución de la salud.

Los resultados del pre test evidenciaron una tendencia a niveles bajos de adherencia al tratamiento por parte de las personas que presentan hipertensión arterial esencial, confirmando lo que indica la literatura científica, en donde esta variable promedia solo el 50% generando repercusiones en la magnitud y costo de la enfermedad (OMS, 2004), y quienes a pesar del tiempo de diagnóstico de la enfermedad no habían dimensionado la

importancia de este proceso frente al manejo de la enfermedad crónica como un evento que subyace a lo largo de la vida, por ende, repercutiendo en dificultades para integrar emociones, cogniciones y conductas que permitan mantener un estado de salud adecuado, lo que a su vez afecta las relaciones que se establecen y la ejecución de comportamientos saludables; las cuales al ser modificadas generaron cambios importantes en el significado y manejo de la enfermedad desde el acompañamiento familiar permitiendo aumentar los niveles de adherencia al tratamiento.

El presente estudio permitió concluir que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de adherencia al tratamiento, previa y posterior, a la aplicación del programa cognitivo-comportamental de apoyo social, a favor del grupo experimental quien presentó mayor adherencia al tratamiento en las mediciones post-test. Estos resultados evidencian la importancia del apoyo social como un factor psicosocial modificable dentro del modelo de adherencia al tratamiento propuesto por Knobel et al. (2000), en donde a pesar de contar con diferentes factores, los cuales requieren cambios estructurales que se pueden presentar a largo plazo: socioeconómico, asistencia sanitaria, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento, características del paciente y factores psicosociales, incluyendo al apoyo social, fue este último el cual evidenció cambios a corto plazo, afectando positivamente la adherencia al tratamiento, como es el caso del programa cognitivo-comportamental de apoyo social, que al identificar e intercambiar recursos personales y familiares, según el modelo de Cohen y Mckey (1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984), generaron respuestas favorables en el manejo de la enfermedad y por ende el cambio en los niveles de adherencia al tratamiento, además de ofrecer habilidades generalizables a otros contextos y momentos del ciclo vital.

Este estudio constituye una nueva evidencia empírica sobre la importancia de aplicar programas cognitivos comportamentales para el manejo de la enfermedad crónica y de la inclusión de la red de apoyo en dichos tratamientos para potenciar al máximo los resultados de las técnicas aplicadas. Además, las dimensiones que conforman la adherencia al tratamiento: cumplimiento activo, autonomía ante el tratamiento, complejidad de la adhesión, pueden ser relacionadas con el apoyo social en tanto permiten a las personas

posicionarse como agentes activos y contar con un acompañamiento en la búsqueda y aplicación de herramientas frente al cambio de estilos de vida.

El presente estudio reflexiona sobre el manejo de la enfermedad crónica más allá del tema de salud pública, como una problemática que afecta directamente en su dimensión psicológica a nivel personal y familiar, en tanto manifiestan el significado de las relaciones interpersonales, entregándole valor a la calidad constructiva de intercambio, lo que deriva que en la salud se obtenga un sentido personal permitiendo valorar los requerimientos sociales, y pasa a contemplarse de modo dinámico como una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo y el ambiente que le rodea, en la que el apoyo recibido va a depender no sólo del apoyo disponible, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo (Elkain, 1989; Speck y Atteneave, 1974; Heller y Swindle (1983) Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Cardoso, Meneses, Martins da Silva, Mendonça, 2014).

El presente programa cognitivo-comportamental de apoyo social presentó un efecto significativo en los niveles de adherencia al tratamiento, lo que se puede explicar desde la relación que ilustra la teoría a partir del modelo amortiguador de apoyo social (Cohen y Mckey, 1984), sin embargo, a la luz del presente estudio se puede concluir que el apoyo social tiene una relación causal con la variable adherencia al tratamiento en condiciones y contextos específicos, en este sentido y considerando la importancia de la adherencia al tratamiento en el manejo de enfermedades crónicas se hace necesario realizar investigaciones que evidencien dicha relación, a partir de la inclusión de elementos como características sociodemográficas o psicosociales.

El aporte del presente estudio se dirige hacia la generación de conocimientos sobre programas de intervención cognitivo-comportamental de apoyo social, teniendo en cuenta que en el contexto nacional se encuentra poca información referente al tema, y las investigaciones que se encuentran están limitadas al análisis correlacional (Castro, Campero y Hernández, 1997; Marín-Reyes, y Rodríguez-Morán, 2001; Vinaccia, Quiceno, Fernández, Gaviria, Chavarría, Orozco; 2006).

Además, presenta un espacio de articulación del saber psicológico en el ámbito de las patologías crónicas, como una herramienta que desde la investigación puede aportar al

mejoramiento de la calidad de vida y al cuidado del proceso de salud más allá de la óptica del usuario que se limita a la prestación de los servicios sanitarios. Así, las intervenciones irán dirigidas hacia las personas con hipertensión arterial y sus cónyuges para el desarrollo de habilidades que permitan enfrentar su proceso de salud potenciando los recursos con los que dispone y de los cuales puede generar una demanda adecuada.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones que se presentaron en el desarrollo del estudio estuvieron: en primer lugar, el número reducido de la muestra, lo que restringió la posibilidad de generar un mayor número de análisis estadísticos, y por otro lado, la cobertura deseada era mayor, ya que a pesar de que el total de la población era de 249 personas inscritas al programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E., no se logró una cobertura amplia de la población, en esta medida, se realizó la intervención con personas de la cabecera municipal; observándose que factores como las condiciones socioeconómicas y demográficas de las personas, dificultan el acceso a los servicios de salud; igualmente este factor se reflejó en el programa de enfermedades crónicas no transmisibles, ya que presentó una baja asistencia a los encuentros realizados por el Centro de Salud, lo que posiblemente indica que la residencia puede ser un indicador determinante a la hora de participar en dichos programas y puede ser tenido en cuenta para posteriores investigaciones.

En segundo lugar, una limitación en la ejecución del programa, puede llegar a ser la cantidad de participantes con la que se puede desarrollar, teniendo en cuenta que el manejo amplio de grupos dificulta el control de las variables propias de este diseño donde se incluye a los familiares como participantes, por lo tanto se sugiere desarrollar las sesiones con un máximo de 30 personas.

Por último, una limitación del programa de intervención es que evalúa los resultados en un antes y un después de su ejecución, sin embargo, no se puede generar la continuidad y réplica de los procesos por parte de las instituciones, ya que este tipo de iniciativas representan un desafío integral hacia la atención de las patologías, objetivo que para el municipio actualmente no se contemplan dentro de los Planes Operativos Anuales ligados

aún al modelo asistencial, dejando así a un lado procesos efectivos pero considerados costosos en relación al personal, cronogramas y recursos.

Recomendaciones

Se hace necesaria la implementación de programas Cognitivos – comportamentales de Apoyo Social de manera constante y su evaluación en el tiempo mediante diseños más complejos, estudios longitudinales para determinar el efecto del programa a largo plazo e incluyendo otro tipo de variables.

Desde una perspectiva integral, se debería brindar mayor importancia a este tipo de programas, ya que permiten a las personas profundizar aspectos de la enfermedad tales como el manejo y pronóstico, y de esta manera contar con herramientas para mantener una salud adecuada, sin que se afecten considerablemente otros aspectos de la vida.

Se hace necesario promover una cultura de autocuidado, teniendo en cuenta los altos niveles de carga económica y emocional en la persona que presenta una enfermedad crónica, en sus familias, en la comunidad y en la salud pública en general, en tanto se han direccionado programas y acciones a partir de metas, las cuales están dirigidas a abarcar cobertura más que calidad de atención.

Para fortalecer el saber psicológico, es necesaria la realización de estudios experimentales que permitan validar desde las prácticas empíricas el conocimiento teórico y de esta manera fortalecer el trabajo realizado en el ámbito clínico.

Se deben fortalecer los estudios e intervenciones sobre el apoyo social en Colombia, teniendo en cuenta los altos niveles de prevalencia de la hipertensión arterial y las características de las poblaciones que la presentan. Se pueden realizar estudios mixtos en los que se resalte con mayor profundidad los elementos cualitativos de gran importancia para este tipo de temáticas, además de la posibilidad de ampliar el programa hacia enfermedades crónicas como la diabetes o el cáncer, y de esta manera garantizar la atención integral a la persona que presenta dicha enfermedad.

REFERENCIAS

- Acuña, L. y Bruner, C. (1999). Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Bashm y Sarason en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(2), 267-279.
- Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y resolución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Allen, K., Blascovich, J. y Mendes, W. (2002) citado por Jurado, C.; Quijano, D. y Ramirez, C. (2009). Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: propuesta de evaluación e intervención desde el enfoque cognitivo-conductual. Manuscrito no publicado. Universidad de la Sabana: Bogotá-Colombia.
- Almgren, G. y Diwan, S. (sf). *Chronic illness and aging section 3: typology of chronic illness and impact on the family*. Manuscrito no publicado.
- Antonucci e Israel, (1986) citado por Londoño et al., (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1): 142-150.
- Arce-Espinoza, L. y Monge-Nájera, J. (2009). Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. *Cuadernos de Investigación UNED* [en línea], 1(2): 163-170.
- Arrivillaga, M.; Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Arrivillaga, M.; Varela, M.; Cáceres, D.; Correa, D.; y Holguín, L. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 3(9): 33-49.
- Artigas, A.; Chamizo, V.; Pons, F.; Rodrigo T.; Prados, J.; Sansa, J. y Trobalon J. (2002). Moldeamiento. Manuscrito no publicado. Universidad de Barcelona.
- Avendaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social, y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2): 165-172.

- Bados, A. y García, E. (2011). Habilidades terapéuticas. Departamento de Personalidad, *Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología*. Manuscrito no publicado. Universidad de Barcelona.
- Bagés, Feldman, Chacón, Pérez y Guarino (1991) citado por Méndez, E. (2008). *Efecto de la edad, sexo, estilo de personalidad, estilos de afrontamiento y apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico general en estudiantes universitarios*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Barreto, F.; Ruiz, M.; Borrero, J. (2012). *Hipertensión arterial. Nefrología*. 5ª ed. Medellín: CIB.
- Bartz, R. (1999) citado por Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*, 119(5):175-9.
- Bayés, R. (2000) citado por Martin, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev. Cubana Salud Pública*, 29 (3): 275-281.
- Brown, F. (1980). *Principios de la medición y la evaluación en psicología y educación*. Bogotá: Manual moderno.
- Builes, M. y Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4): 463-47.
- Caballo, V. y cols (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Barcelona: Siglo Veintiuno.
- Cáceres, (2004) citado por Marín, M. y Mubayed, J. (2012). *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus: Un Modelo de Ruta*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela.
- Carhuallanqui, R.; Diestra-Cabrera, G.; Tang-Herrera, J.; Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 21 (4): 0-0.
- Carter, B. y McGoldrick, M., (1989). *The changing family life-cycle: A framework for family therapy* (2^{da}.ed.). Boston: Allyn & Bacon

- Cassel, J. (1974) citado por Herrero, J.; Musitu, G.; Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*, Cap VII. Redes Sociales y apoyo social: pp. 116-140. 1º edición Barcelona: UOC.
- Cassel, J. y Cobb, S. (1976) citado por Castro, R.; Campero, L. y Hernández, B. (1997). Research on social support and health: current status and new challenges. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4): 425-435.
- Castaño-Castrillón, J.; Echeverri-Rubio, C.; Giraldo-Cardona, F.; Maldonado-Mora, A.; Melo-Parra, J.; Meza-Orozco, G.; Montenegro-Gutiérrez, C.; Peláez-Ramos, C.; Perdomo-Muñoz, J.; Rodríguez-Arias, E. (2012). Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. *Rev. Fac. Med.*, 60 (3): 179-197.
- Coob, S. (1976) citado por Castro, R.; Campero, L. y Hernández, B. (1997). Research on social support and health: current status and new challenges. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4): 425-435.
- Cohen, S. y Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.*, 98: 310-57.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3): 269- 297.
- Cohen, S. y Mckey, G. (1984) citado en Shumaker, S. y Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4): 11-36.
- Cohen, S. y Mckey, G. (1984) Social Support, Stress and the buffering Hypotesis: a theoretical analysis. *Handbook of psychology and health*: 253-267.
- Cohen, S. Gottlieb, B. y Underwood, L. (2000). *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford.
- Cohen, J. (2001). Adverse drug effects, compliance and initial doses of antihypertensive drugs recommended by the Joint National Committee vs. the Physician's Desk Reference. *Archives of Internal Medicine*, 161(6), 880-885.

- Colunga, C. (sf). *Algunos factores psicosociales en la hipertensión arterial*. Universidad de Guadalajara: México. Recuperado el 25 de Abril de 2014 desde el portal web <http://www.cucs.udg.mx/cardioinstituto/files/File/hipertencionarterialenlaclinica.pdf>
- Contreras, A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. *Salud Uninorte*. 26 (2): 201-211.
- Coob, S. (1976) citado por Herrero, J.; Musitu, G.; Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*, Cap VII. Redes Sociales y apoyo social: pp. 116-140. 1° edición Barcelona; UOC.
- Cordente, C.; García, P.; Sillero, M. y Domínguez, J. (2007). Relación del nivel de actividad física, presión arterial y adiposidad corporal en adolescentes madrileños. *Revista Española de Salud Pública*, 81: 307-317.
- Cuesta, C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto Contexto Enferm*, 13(1):137-146.
- Delgado, L.; Hidalgo, G. y Villalobos, F. (2011). Efectos de un programa cognitivo comportamental sobre los niveles de estrés y glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Universidad y Salud*, 2 (14): 31-42.
- De la Sierra, A., Gorostidi, M., Marín, R., Redón, J., Banegas, J., Armario, P. y Ruilope, L. (2008) citado por Magán, I., Sanz, J., Espinoza, R. y García-Vera, M. (2013). Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial mantenida frente a la normotensión. *Clínica y Salud*, 24:67-76.
- Depner, C.; Wethington, E. y Korshaven, S. (1982) citados por Shumaker, S. y Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4): 11-36.
- Díaz-Álvarez, J., Pinilla-Alarcón, M., Eslava-Albarracín, D., Padilla-Velasco, M. (2014). Soporte social con herramienta edumática para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. (Spanish). *Aquichan*, 14(3): 364-387.
- Didier, M. (1985). Redes Sociales y Búsqueda de Ayuda. *Revista Chilena de Psicología*, 8(1), 3-7.

- Di Matteo, R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23, No. 2, 207–218.
- Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom (1987) citado por Marin, M. y Mubayed, J. (2012). *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus: Un Modelo de Ruta*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Centrocidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 4, 77-98.
- Dura, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2): 257-271.
- Enríquez, M. y Palacios, C. (2002). *Efectos del entrenamiento en manejo emocional sobre las cifras de tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Tesis de pregrado no publicada, Universidad de Nariño, Pasto, Colombia.
- Escobar, M.; Petrásovits, A.; Peruga, A.; Silva, N.; Vives, M. y Robles, S. (2000) Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42: 56-64.
- Flack, J.; Novikov, S. y Ferrario, C. (1996). Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *European Heart Journal*, 17: 16-20.
- Fogari, R. y Zoppi, A. (2004). Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. *Drugs Aging*, 21(6): 377-393.
- García, A.; Leiva, F.; Martos, F.; García, A.; Prados, D.; Sánchez de la Cuesta y Alarcón, F. (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)* [en línea], 1 (1): 13-19.
- García, D. y Ortiz, J. (2002) citado por Martin, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*, 29 (3): 275-281.
- García-Vera, M. y Sanz, J. (2000) citado por Magán, I., Sanz, J., Espinoza, R. y García-Vera, M. (2013). Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial mantenida frente a la normotensión. *Clinica y Salud*, 24:67-76.

- Gil-Roales, J. (2004) citado por Vinaccia, S.; Quiceno, J.; Fernández, H.; Gaviria, A.; Chavarría, F.; Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, 8: 89 – 106.
- Giraldo, J. (2006). *Manual para los seminarios en profundización conceptual y textual*. Bogotá, Colombia: Universidad Cooperativa.
- González, B. (2011). *La Hipertensión Arterial*. Recuperado el 12 de enero de 2015, del sitio web de la Sociedad Panameña de Cardiología: <http://cardiologiadepanama.org/pacientes/hipertension-arterial/>
- Gottlieb, B. (1983) citado por López, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 1992, 7 (1), 53-59.
- Grindley, E.; Zizzi, S. y Nasypany, A. (2008). Use of protection motivation theory, affect, and barriers to understand and predict adherence to outpatient rehabilitation. *Physical Therapy*, 88(12): 1529-1540.
- Guevara-Gasca, M. y Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1):47-55.
- Hälmäjan, A. (2014). The impact of health education programs on the quality of life in hypertensive patients. *Transylvanian Journal of Psychology*, 2: 199-221.
- Hays, R. et al. (1992) citado por Kaplan, R.; Patterson, T.; Kerner, D.; Grant, I. (1999). *Apoyo social y salud en los trastornos por inmunodeficiencia adquirida*. Madrid, España: Pirámide.
- Heisler, M.; Hogan, M.; Hofer, T.; Schmittdiel, J; Pladevall, M.; Kerr, E. (2008). When more is not better treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence. *Journal of American Health Association Circulation*, 117:2884-2892.
- Heller, K. y Swindle, R. (1983). Social Networks, Perceived Social Support, and Coping with Stress. En R. Felner, L. Jason, J. Moritsugu y S. Farber (1983) *Preventive*

- Psychology: Theory, research and practice* (pp. 87-103). Nueva York: Pergamon Press.
- Hernández-Aristu, J. (2002). *El feedback como técnica reflexiva en el trabajo social. El feedback es inevitable*. Recuperado el 20 de febrero de 2015, del sitio web del Institut Fur Beratung und supervisión: http://www.ibs-networld.de/ferkel/Archiv/hernandez-j-02-07_spanisch.html
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Herrero, J.; Musitu, G.; Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*, Cap VII. Redes Sociales y apoyo social: pp. 116-140. 1º edición Barcelona; UOC.
- Holguín, L.; Correa, D.; Arrivillaga, M.; Cáceres, D. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5 (3): 535-547.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1976). Escala de acontecimiento vitales estresantes. Recuperado el 1 de mayo de 2014 desde http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2007/pdf/1055.pdf
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J. (1981) citado por Shumaker, S. y Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4): 11-36.
- Hume, A. (1989). Applying quality of life data in practice: Considerations for antihypertensive therapy. *Journal of Family Practice*, 28: 403-407.
- Kaplan, G. (1976). The family as support system. *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Kaplan, R.; Patterson, T.; Kerner, D.; Grant, I. (1999). *Apoyo social y salud en los trastornos por inmunodeficiencia adquirida*. Madrid, España: Pirámide.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Knobel, H.; Codina, C.; Miró, J.; Carmona, A.; García, B.; Antela, A.; Gómez-Domingo, M.; Arrizabalaga, J.; Iruin, Laguna, A.; Jiménez, F.; Rubio, I.; Lluch, A.; Viciano, P.

- (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 18:27-39.
- Labiano, L. y Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial Interdisciplinaria. *Interdisciplinaria*, 19 (1): 85-97.
- Lam, C. y Lauder, I. (2000). The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Family Practice*, 17(2), 159-166.
- Lemanek, K.; Kamps, J. y Brown, N. (2001). Empirically supported treatments in pediatric psychology: regimen adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(5): 253–275.
- Li, M.; Murray, J.; Suwanteerangkul, J. y Wiwatanadate, P. (2014). Stigma, social support, and treatment adherence among hiv-positive patients in Chiang Mai, Thailand. *AIDS Education and Prevention*, 26(5): 471–483. Recuperado el 14 de Octubre de 2014 desde el portal web de la base de datos EBSCOHost: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=dcaf513b-d148-4e14-94b5-061a5423b2a2%40sessionmgr4004&hid=4201>
- Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. (1986). Social Support, life events and depression. Nueva York: Academic Press.
- Londoño, N.; Rogers, H.; Castilla-Tang, J.; Posada, S.; Ochoa, N.; Jaramillo, M.; Oliveros, M.; Palacio, J.; Aguirre-Acevedo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1): 142-150.
- Magalla, L.; Asner-self, K. y Schielber, J. (2005). Stress and coping strategies among Zimbabwean adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 75: 661-671.
- Mansilla (1993) citado por Villora, B. y Yubero, S.(2011). Satisfacción y apoyo social familiar en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave. Manuscrito no publicado.
- Marrero, V. (2004). La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. *Rev Cubana Salud*; 5(1).
- Marín-Reyes, F. y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4): 336-339.

- Martin, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1): 89-99.
- Martín, L.; Bayarre, H.; Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín, Bayarre, Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana Salud Pública*, 34 (1): 0-0.
- Martin, X. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, lenguaje y educación*, 15:63-67.
- Martínez, J.; Villa, J.; Quintero, A. y Calderón, V. (2011). Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento antihipertensivo Martín-Bayarre-Grau. *Revista Médica de Risalrada*, 17 (2):101-105.
- Matarazzo, J. (1982), citado por Nieto, L. y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e institucional de la UCPR*, 85:61-76.
- Mazzaglia, G.; Ambrosioni, E.; Alacqua, M.; Filippi, A.; Sessa, E.; Immordino, V.; Borghi, C.; Brignoli, O.; Caputi, A., Cricelli, C.; Mantovani, L. (2009). Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Journal of American Health Association Circulation*. 120:1598-1605.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclée de Brouwer
- Méndez, E. (2008). *Efecto de la edad, sexo, estilo de personalidad, estilos de afrontamiento y apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico general en estudiantes universitarios*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Miguel-Tobal, M.; Cano-Vindel, A.; Casado, M. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*, 10(2): 199-216.
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución N° 008430 de 1993: normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud*. Documento institucional.

- Ministerio de la Protección Social (2006). *Ley 1090 de 2006: Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología*. Documento Institucional.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Documento institucional.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial temprana (HTA) Guía No. 18*. Documento institucional.
- MPS-PUJ-SEI-COLCIENCIAS. (2007). *Encuesta Nacional De Salud ENS-2007, Resultados por departamento: Nariño*.
- MPS-PUJ-SEI-COLCIENCIAS. (2007). *Encuesta Nacional De Salud ENS-2007 citado por Ministerio de Salud y Protección Social (2013) Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Documento institucional.
- Molerio O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Central de Las Villas Marta Abreu. Santa Clara, Cuba.
- Molerio, O., y García, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Rev. cubana med*, 43: 2-3.
- Nieto, J.; Abad, M.; Esteban, M.; y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México: McGraw-Hill
- Nieto, L. y Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revisa Académica e institucional de la UCPR*, 85:61-76.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2001). *Perfil del salud de país. Colombia*. Boletín Virtual [Versión online].
- Organización Mundial de la Salud– OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción*. Boletín institucional [Versión online].
- OMS y OPS. (2007). *Enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*. Washington, D.C: OPS.
- OMS. (2013). *Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo* [comunicado de prensa virtual].

- Ortega, S. (2010). *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, montería, 2010*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Ortiz, M. y Baeza, M. (2009). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Universitas Psychologica*, 10(1):189-196.
- Ortiz, M., Willey, K., Chiang, J. (2014). How stress gets under the skin o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. *Rev. méd. Chile*, 142 (6): 767-774.
- Pai, A. y Drotar, D. (2010). Treatment adherence impact: the systematic assessment and quantification of the impact of treatment adherence on pediatric medical and psychological outcomes. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4): 383–393.
- Perugache, A. y Mora, R. (2001). *Efectos de un programa cognitivo - comportamental para el manejo del estrés sobre los niveles de hipertensión arterial, en pacientes de Coomeva sede San Juan De Pasto*. Tesis de pregrado no publicada, Universidad de Nariño, Pasto, Colombia.
- Petrie, K., Buick, D., Weinman, J., Booth, R. (1999) citado por Van de Ridder, M., Stokking, K., McGaghie, W., Cate, O. (2008). What is feedback in clinical education?. *Medical Education*, 42: 189–197.
- Piedrola-Gil, G. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson.
- Pineiro, F.; Gil, V.; Donis, M.; Orozco, D.; Pastor, R.; Merino, J. (1997). Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Atención Primaria* 1, 19: 372-5.
- Redondo, A.; Guallar, P.; Banegas, J. y Rodríguez, F. (2005) citados por Vinaccia, S.; Quiceno, J.; Fernández, H.; Gaviria, A.; Chavarría, F.; Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, 8: 89 – 106.
- Riveros, A.; Cortazar-Palapa, J.; Alcazar, F.; Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3): 445-462.

- Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, J. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. *Salud Pública de México*, 39:44-47.
- Ruales, C y Robles, R (1999). *Programa de entrenamiento en autocuidado: efectos sobre la adherencia al tratamiento y presión arterial*. Tesis de pregrado no publicada, Universidad de Nariño, Pasto, Colombia.
- Sánchez, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 14(3): 98-101.
- Sánchez-Sosa, J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms operating through health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Shalansky, S.; Levy, A.; Ignaszewski, A. (2004). Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother*, 38: 1363-8.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J. Health Soc. Behav.*, 23:145-59.
- Tobar, M. y Acuña, O (2012). Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Revista Chilena Salud Pública* [en línea], 16 (2): 131-136.
- Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 7(14): 127-139.
- Vega-Coca, M. Abdel-Kader, M.; Alfaro-Lara, E.; Galvan-Banqueri, M., Nieto-Martin, M.; Santos-Ramos, B. (2012). *Factores relacionados con la adherencia en el paciente pluripatológico*. Memorias del 57 congreso nacional de la sociedad española de farmacia hospitalaria.
- Vilhena, E.; Pais-Ribeiro, J.; Silva, I.; Pedro, L.; Cardoso, R.; Meneses, R.; Martins da Silva, H.; Mendonça, D. (2014). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic Portuguese. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(3): 1-17.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2): pp. 125-137.

- Vinaccia, S.; Quiceno, J.; Fernández, H.; Gaviria, A.; Chavarría, F.; Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, 8: 89 – 106.
- Wilcox, B. (1981). Social support, life stress and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9:371-386.
- Wilson, S., McKenzie, K., Quayle, E. y Murray, G. (2013). A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child: Care, Health & Development*, 40(1): 7-19.
- Yeo, M y Sawyer, S. (2005). Chronic Illness and disability. *British Medical Journal*, 330:721-723.

ANEXOS

Anexo 1

PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO SOCIAL PARA MEJORAR NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El presente programa cognitivo-comportamental de apoyo social, entiende dicha variable como un proceso complejo que determina la confianza de la disponibilidad de recursos afectivos de parte de la red de apoyo en caso de ser requerido y la interacción social a partir de la cual estos recursos pueden ser solicitados y evaluados por la personas que los requiere (House, 1981; Barrón, 1996 citado por Londoño et al., 2012), en este sentido es preciso delimitar que conceptualmente el apoyo social cuenta con dos dimensiones: la estructural, que hace referencia a el tamaño de la red social y la funcional que se compone de tres aspectos: a) emocionales (empatía, amor y confianza), b) instrumentales (solución de problemas) y c) informativos (información útil para afrontar un problema) (Antonucci e Israel, 1986 citado por Londoño et al., 2012). De esta manera, el presente programa se fundamenta teóricamente a partir del Modelo de efecto amortiguador del apoyo social (Cohen y Mckey, 1984 citado por Shumaker y Brownell, 1984).

El programa está diseñado desde el modelo cognitivo-comportamental y la perspectiva de la psicología de la salud desde la promoción de conductas que sean potencialmente adaptativas para los seres humanos (Matarazzo, 1982), e incluye la aplicación de técnicas que permitan promocionar el apoyo social como factor clave en la adhesión al tratamiento, en tanto el apoyo social se vincula directamente con los procesos de salud (López-Navas, 2011 citado por Londoño 2012).

Así el programa buscará mejorar niveles de adhesión al tratamiento, teniendo en cuenta que este fenómeno consiste en tres aspectos: a) Cumplimiento del tratamiento (ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas), b) Implicación personal: (búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios) y c) Relación transaccional (relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico) (Martín, Bayarre y Grau, 2008).

En este orden de ideas el programa se estipulará en 12 sesiones de intervención cada una de 90 minutos, las cuales buscan fortalecer el apoyo social de las personas que presentan hipertensión arterial esencial y sus cónyuges. El tratamiento se organizarán en 3 momentos: a) Fase Preliminar (sesión de contacto con la institución), b) Fase de evaluación pre y post (1 sesión antes

de la aplicación del programa y 1 sesión después de la finalización del programa), c) Fase de intervención (10 sesiones), las cuales se desarrollarán por investigadores y sobre condiciones de control descritas en el apartado de metodología, a continuación se presenta el diseño por fases para el programa.

DISEÑO DE TRABAJO POR FASES

Fase	Descripción	Técnicas e instrumentos a aplicar
Fase preliminar	Se realiza la presentación del programa a la institución de salud y se acuerdan los recursos necesarios para su desarrollo En esta fase no presenta ejes temáticos en tanto aquí no se presenta contacto con los participantes	
Fase de evaluación y post evaluación	Identificación de niveles de adherencia y Identificación de nivel de adherencia al tratamiento farmacológico	Ficha de Caracterización, Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial.
Fase de intervención	La fase de intervención consta de 10 sesiones, de las cuales en 5 participarán los cónyuges de las personas con hipertensión arterial esencial. En esta fase se desarrollan elementos del apoyo social, además de sus dimensiones.	Psicoeducación (Builes y Bedoya, 2006) Juego de roles (Martin, 1992) Modelado (Artigas, Chamizo, Pons, Rodrigo, Prados, Sansa, y Trobalon, 2002). Entrenamiento en solución de problemas y manejo de emociones. (Caballo, V. y cols, 1991). Reestructuración cognitiva (Bados y Garcia, 2011) Feedback (Hernández-Aristu, 2002)

OBJETIVOS

Objetivo General

Fortalecer el apoyo social en personas que presentan hipertensión arterial esencial y sus cónyuges para el mejoramiento de los niveles de adherencia al tratamiento.

Objetivos Específicos

Identificar recursos a nivel personal y familiar de las personas que presentan hipertensión arterial esencial y de sus cónyuges.

Establecer estrategias para mejorar el apoyo social de las personas que presentan hipertensión arterial esencial y sus cónyuges en relación con el manejo de la enfermedad

Promover el apoyo social informacional, emocional e instrumental en las personas con hipertensión arterial esencial y sus cónyuges frente al cumplimiento en el tratamiento.

Participantes

Los participantes del programa de intervención serán las personas que presentan hipertensión arterial esencial y sus cónyuges.

Condiciones de Aplicación

Se desarrollará en 12 sesiones (2 de evaluación y 10 de intervención)

Se realizarán 5 sesiones con las personas que presentan HTA esencial, y las otras 5 sesiones en compañía de su cónyuge previa invitación del equipo investigador.

Las sesiones se realizarán en el auditorio del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E

Se desarrollará 1 sesión por semana y cada sesión durará 90 minutos.

Se establecerá el horario con los participantes.

**PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO**

“APOYA-DOS”

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el apoyo social en personas que presentan hipertensión arterial esencial y sus cónyuges para el mejoramiento de los niveles de adherencia al tratamiento.

SESIÓN	OBJETIVOS	TEMATICA	ACTIVIDAD	TECNICAS	DESCRIPCIÓN
1	Sensibilizar a los participantes frente al desarrollo del programa de apoyo social.*	Definición e importancia del programa. Presentación de la estructura del programa. Beneficios del programa. Aclarar el rol del paciente y de su cónyuge y la importancia de su participación durante el desarrollo del programa. Identificación de expectativas frente al acompañamiento familiar durante el desarrollo del	Taller de apertura	Psicoeducación (Builes y Bedoya, 2006)	Taller 1 En esta sesión se realizara la presentación del programa, y se realizará una presentación de los participantes. De la misma manera, se reconocerán las expectativas y dudas frente al proceso. Se realizara una dinámica de presentación, que permitirá identificar a cada uno de los miembros del grupo y el motivo de su asistencia y su expectativa.

2	Identificar el significado de la enfermedad para el paciente desde sus entornos personal familiar, social y laboral	<p>programa.</p> <p>Definición de la enfermedad</p> <p>Implicaciones personales, familiares, sociales y laborales en el manejo de la HTA.</p> <p>Evaluación de cambios generados a partir del diagnóstico (tratamiento farmacológico/no farmacológico)</p>	Taller-conversatorio y Panel de preguntas.	Psicoeducación (Builes y Bedoya, 2006)	<p>Taller 2</p> <p>En esta sesión se presentará un afiche con la silueta humana en la que ubicarán las respuestas a las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo define la enfermedad? ¿Qué aspectos creen que se han afectado la enfermedad? (a nivel personal, familiar, laboral, social)</p> <p>¿Cómo se sienten con la enfermedad?</p> <p>¿Qué actividades o hábitos han cambiado por la enfermedad?</p> <p>A partir de la actividad se realizará una reflexión y síntesis de los datos y posteriormente se desarrollarán las temáticas propuestas, en las que se resaltarán el papel activo y participativo de los asistentes en el manejo de su enfermedad, y se realizará una sesión de preguntas y dudas frente al</p>
---	---	--	--	--	--

3	<p>Identificar los significados en torno al apoyo social *</p> <p>Reconocer los recursos internos y externos de apoyo social con los que cuenta la persona con hipertensión arterial y su cónyuge.</p>	<p>Exploración de pensamientos o distorsiones cognitivas relacionadas con el apoyo social.</p> <p>Definición del apoyo social</p> <p>Dimensiones del apoyo social (emocional, afectivo e instrumental)</p> <p>Valoración del apoyo social familiar</p> <p>Identificación de recursos en la relación familiar.</p>	<p>Conferencia-taller</p>	<p>Reestructuración cognitiva (Bados y García, 2011)</p> <p>Psicoeducación (Builes y Bedoya, 2006)</p> <p>Juego de roles (Martin, 1992)</p>	<p>manejo de la enfermedad.</p> <p>Taller 3</p> <p>En esta sesión se generará una lluvia de ideas en torno al significado que atribuyen al apoyo social los participantes.</p> <p>A partir de los aportes realizados, se tomarán elementos para indicar la definición del apoyo social. Se dividirá a los asistentes en grupos de 4 personas, Se presentará la definición de apoyo social, y cada grupo deberá elegir una palabra e indicar como se presenta el significado de esa palabra en su vida cotidiana.</p> <p>A partir de las reflexiones generadas, se desarrollará un listado de habilidades y fortalezas en la relación familiar y conyugal, y cómo estás aportar a la recuperación de la salud.</p> <p>Por último se realizará un cierre, en el que se resalten los aportes de los participantes y de ser necesario se clarifique la</p>
---	--	---	---------------------------	---	--

4	Potencializar los recursos personales y familiares a nivel informacional, emocional e instrumental frente al manejo de la enfermedad.	<p><i>Informacional.</i></p> <p>a. <u>Personal</u></p> <p>Reconocimiento de características que indican la presencia de hipertensión, situaciones que evita o le han recomendado evitar.</p>	Taller Que hacer en caso de?	Modelado (Artigas, Chamizo, Pons, Rodrigo, Prados, Sansa, y Trobalon, 2002). Reestructuración cognitiva (Bados y Garcia, 2011)	<p>información.</p> <p>Taller 4</p> <p>En esta sesión, los participantes reconocen actividades y hábitos de su vida cotidiana, y cómo estos han cambiado a partir del diagnóstico de la enfermedad, a partir de esto, poder determinar de qué manera los identifica y los maneja.</p> <p>Se solicita que los participantes determinen el nivel de claridad en las indicaciones médicas suministradas, que nivel de importancia atribuyen a estas indicaciones en el manejo de la enfermedad, con quién y de qué manera he compartido esta información.</p> <p>A partir de los aportes realizados, se elaborará un listado que permita consolidar la información que se debe manejar en torno al control de la</p>
---	---	--	---------------------------------	--	---

5

b. Familiar *

Identificación de necesidades de la pareja en torno al manejo de la enfermedad

Visibilizar lo aportes que se realizan en la relación conyugal frente a la necesidades expresadas por la persona que presenta HTA

Juego de roles (Martin, 1992)
Reestructuración cognitiva (Bados y García, 2011)

enfermedad y de esta manera se realizará un ejercicio de intercambio de información entre participantes en el que se verificará la claridad, apropiación y habilidad en el intercambio de información entre emisor y receptor.

Taller 5

A cada uno de los participantes se les solicitará que le cuenten a su cónyuge acerca de su enfermedad, los cónyuges escucharán a las personas, y resaltarán los elementos del relato que se presentan con mayor frecuencia en el diario vivir. A partir de estos cada uno de los cónyuges expresará de qué manera considera que se ha abordado o ha aportado a la situación descrita por la persona.

Para finalizar, las personas que presentan hipertensión

				arterial atribuyendo un reconocimiento frente a lo expresado por sus cónyuges. En adición, se realizará un consolidado de los aportes realizados, resaltan su importancia frente al acompañamiento y apoyo brindado en torno a la manejo de la enfermedad.
6	Emocional. Identificación de recursos personales y familiares para la vinculación y relación familiar (cualidades, habilidades, fortalezas)	Taller de los espejos	Modelado (Artigas, Chamizo, Pons, Rodrigo, Prados, Sansa, y Trobalon, 2002). Reestructuración cognitiva (Bados y García, 2011) Juego de roles (Martin, 1992) Psicoeducación (Builes y Bedoya, 2006)	Taller 6 En esta sesión los participantes realizarán un listado en el que identifiquen los recursos con los que cuentan a nivel personal y familiar, y como estos recursos les han aportado en su vida diaria. Seguido a esto los participantes de organizarán en binas, uno de los participantes deberá hacer un gesto según corresponda, y el otro tendrá que explicar el gesto e interpretar como se siente la persona, de esta manera cada bina reflexionará acerca de la coherencia de
	Identificar y modelar la expresión de emociones entre los participantes.			

7	<p>Iniciar un proceso de auto observación frente a sensaciones de malestar y bienestar, y ejecución de acciones para el manejo de la enfermedad desde el ámbito personal y familiar.</p>	<p>Taller rueda de la fortuna</p>	<p>Entrenamiento en solución de problemas y manejo de emociones. (Caballo, V. y cols, 1991).</p> <p>Modelado (Artigas, Chamizo, Pons, Rodrigo, Prados, Sansa, y Trobalon, 2002).</p>	<p>sus gestos y el mensaje transmitido.</p> <p>Por último se retomarán elementos relacionados con su rol en la familia, el manejo del afecto positivo y negativo, la empatía y la asertividad.</p> <p>Taller 7</p> <p>Teniendo en cuenta la lista de recursos personales y familiares cada participante se les proporcionará un turno para que le den vuelta a una rueda de la fortuna, en la que se encontrarán una serie de situaciones de la vida cotidiana, según la situación escogida, el participante deberá elegir uno o más recursos de su lista y dar solución o fortalecer la situación planteada.</p> <p>Después de haber desarrollado la actividad, cada uno de los participantes explicará el</p>
---	--	-----------------------------------	--	---

proceso por el cual llego a tomar esa decisión, mientras tanto los facilitadores irán tomando nota de elementos generados y por ultimo desarrollaran los pasos de la técnica de solución der problemas.

Se dividirán en grupos, y cada grupo representará una de las situaciones que hayan elegido y como la podrían manejar, a partir de esto, los demás grupos realizarán una retroalimentación y permitirán identificar elementos a fortalecer frente al manejo de diferentes situaciones de la vida cotidiana que las personas consideran que les generan bienestar.

Por último se realizará un cierre en el que los facilitadores resaltarán los aportes realizados y se realizará una reflexión

8	<p><i>Instrumental</i></p> <p>Generar habilidades y herramientas de intercambio de ayuda tangible frente al manejo de la enfermedad.</p>	<p>Taller de Reestructuración cognitiva (Bados y García, 2011) Modelado (Artigas, Chamizo, Pons, Rodrigo, Prados, Sansa, y Trobalon, 2002).</p>	<p>frente al contraste generado durante la sesión a partir de la técnica utilizada.</p> <p>Taller 8.</p> <p>En esta sesión se realizarán 2 ejercicios que permita a los participantes realizar ensayos conductuales frente a situaciones cotidianas de solicitud de ayuda frente a acciones relacionadas con el manejo de la enfermedad.</p> <p>A cada uno de los asistentes se les suministran 3 formatos de registro: toma de medicación actividad física y control en la alimentación (Ruales y Robles, 1999), (véase apéndice B); y se les explicará el procedimiento para poder diligenciarlos, de esta manera, el ensayo conductual consistirá en solicitar a uno de los participantes la ayuda necesaria para el diligenciamiento del formato solicitado, a partir del ensayo desarrollado los</p>
---	--	---	---

9

Estrategias para el
mantenimiento del
apoyo social.*

Feedback
(Hernández-
Aristu, 2002)

observadores realizarán una retroalimentación y se generará unos puntos clave para la ejecución de la solicitud de la ayuda necesaria.

De la misma manera, se desarrollará el segundo ensayo conductual, en el cual el otro participante realizará el ejercicio de reconocimiento al apoyo brindado para completar el diligenciamiento del formato, y así, establecer un referente en la ejecución de esta conducta.

Para finalizar, se le hará entrega a cada uno de los participantes de los 3 formatos de registro (toma de medicación actividad física y control en la alimentación véase apéndice B), para que esta vez soliciten la ayuda de su cónyuge, teniendo en cuenta los elementos desarrollados en la sesión, para el diligenciamiento de

1 de ellos durante un periodo de 1 semana. Y se les solicitará el formato diligenciado en la próxima sesión.

Taller 9

En esta sesión a partir de un conversatorio se solicitará a los cónyuges, expresar la experiencia desarrollada a partir del diligenciamiento del formato, en tanto se retomarán elementos relacionados con: la solicitud recibida, el establecimiento de acuerdos, las condiciones de observación y registro y la información consignada, a fin de conocer también las conclusiones que resultaron a partir del ejercicio desarrollado.

De lo anterior, se resaltarán la importancia del intercambio entre las personas y sus cónyuges en situaciones cotidianas y por

					último, se evaluará el fortalecimiento del apoyo social a partir de la opinión de los participantes.
10	Establecer metas individuales y familiares a corto y largo plazo al manejo de la enfermedad.	Diseñar estrategias a nivel personal y familiar para el manejo de la enfermedad.*	Taller de compromisos y cierre.	de Entrenamiento en solución de problemas (Caballo, V. y cols, 1991).	Taller 10 Cada persona elegirá una acción a realizar o fortalecer partir del establecimiento de una meta frente al tratamiento (farmacológico o no farmacológico), y a partir de la elaboración en conjunto con su cónyuge: establecerán el objetivo, los recursos, el tiempo y el resultado a obtener, además de cada uno de los pasos para conseguir la meta propuesta, y la persona y su cónyuge firmarán el documento como un compromiso a cumplir, contando con la asesoría de los facilitadores. Cada una de las parejas, presentará la meta a cumplir y recibirán una retroalimentación pro parte de los demás participantes.. Para finalizar, se solicitará

a los participantes que expresen su experiencia a los largo del programa, realicen un contraste entre el inicio y el cierre del programa, y los cambios generados. Los facilitadores también expresarán su experiencia y agradecerán a los participantes por su vinculación al programa.

(*) sesiones que se desarrollarán junto al cónyuge

APENDICE A

Protocolo de Sesión

Grupo: Experimental

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ Sesión N° : _____

Facilitadores o interventores: _____

Nombre de la actividad: _____ Tema: _____

Materiales a utilizar.

Desarrollo de la sesión.

1. Presentación de la agenda de la sesión.

2. Presentación del programa.

3. Toma de lista de participantes.

4. Desarrollo de la actividad

5. Evaluación de la actividad

6. Compromisos para casa

APENDICE B**1. FORMATO DE REGISTRO DE LA TOMA DE MEDICACIÓN**

Nombre: _____ Dosis: _____

Periodo A Observar: ____/____/____ A ____/____/____

Este es un registro que permitirá reconocer la toma de la medicación que la persona realiza semanalmente. En el cuadro de jornada y día, escriba el o los medicamentos que la persona consume para el manejo de Hipertensión Arterial.

JORNADA/DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA							
TARDE							

NOCHE							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

Formato diligenciado por: _____ (*nombre del cónyuge*)

2. FORMATO DE REGISTRO DE ACTIVIDAD FISICA

Nombre: _____ **Dosis:** _____

Periodo A Observar: ____/____/____ **A** ____/____/____

Este es un registro que permitirá reconocer la actividad física que la persona realiza semanalmente. En el cuadro correspondiente al día, escriba los minutos que la persona considera que ha invertido en la realización de ejercicios de actividad física.

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domin
Trotar							
Caminar							
Oficio de la casa (sin electrodomésticos)							
Subir gradas							
Estar de pie							
Gimnasia/Bailoterapia							

El ejercicio que más realizo fue: _____

El sitio en que más lo realizó fue: _____

Formato diligenciado por: _____ (*nombre del cónyuge*)

3. REGISTRO DE CONTROL EN LA ALIMENTACIÓN

Nombre: _____ Dosis: _____

Periodo A Observar: ____/____/____ A ____/____/____

Este es un registro que permitirá identificar acciones relacionadas al manejo de la alimentación que la persona realiza semanalmente. En el cuadro correspondiente al día, escriba el número correspondiente al alimento o ingrediente que generó la acción.

	Acción	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
a	No aguanto las ganas y compré algún alimento que afecta su presión arterial							
b	Comió lo que me sirvieran							
c	Preparó los alimentos disminuyendo o quitando aquellos que afectan su presión arterial							
d	Prefirió comprar alimentos que le hacen bien para la salud							
e	Se excedió en alguno de los alimentos que afectan su presión arterial							

f	Rechazó amistosamente una comida o ingrediente que afecta su presión arterial							
g	No logró llevar ningún control en la alimentación							

- 1:** sal o salsas **2:** fritos o asados **3:** huevos **4:** té o café (máx. 3 tasas por día) **5:** condimentos
6: manteca de cerdo **7:** mantequilla **8:** queso **9:** carnes procesadas (chorizo, salchicha) **10:** Otro:

Formato diligenciado por: _____ (*nombre del cónyuge*)

Anexo 2

a. Consentimiento informado para participantes de la investigación

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Consentimiento Informado

A través del presente documento, ACEPTO participar de manera voluntaria en el desarrollo del proyecto de investigación denominado “*Efectos de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social sobre los niveles de adherencia al tratamiento en personas con Hipertensión Arterial Esencial*” desarrollado por los estudiantes; Lina Juliethe Aroca Pérez con C.C. 1.110.469.807 y David Francisco Rosero Oliva con C.C. 1.085.299.486 y bajo la supervisión de la Magister, asesora de trabajo de grado y docente de la Universidad de Nariño, Adriana Perugache.

Se me ha informado que este estudio se guía en los aspectos éticos planteados para la investigación en seres humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Artículo 2 Disposiciones generales, numeral 10: investigación con seres humanos y Resolución 008430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 5 donde establece que deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar). Asimismo comprendo que mi identidad como participante será protegida siendo anónimo toda clase de datos personales que se recojan y que puedo abstenerme de participar o retirarme del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

Me han indicado también que tendré que responder el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, los cuales evaluarán mis niveles de Adherencia al tratamiento de la Hipertensión. Además de la asistencia a 10 sesiones para el desarrollo del programa cognitivo-comportamental de Apoyo Social junto con mi cónyuge, la dinámica de estas sesiones se desarrollará a partir de talleres.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Anexo 3

Ficha de caracterización

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

1. Datos personales

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ EPS: _____
 Estado Civil: _____
 Teléfono: _____ Dirección: _____
 Estrato socioeconómico: _____
 Grupo: E ____ C ____

2. Composición familiar:

Nº	Nombre	Parentesco	Edad	Tipo de relación(fuerte, débil, cercana, distante)	Nivel de apoyo percibido.(1 a 10)
		CONYUGÈ			

Indique la disponibilidad de su cónyuge para asistir con usted al desarrollo de las sesiones de intervención. Sí _____ No _____

3. Identificación de eventos vitales estresantes

Ha presentado en el último año uno de los siguientes eventos:

Evento	Si	No
Muerte del cónyuge		
Divorcio o separación		
Muerte de un familiar cercano		
Lesión o enfermedad personal		

4. Datos de diagnóstico y seguimiento de la Hipertensión Arterial

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión arterial? _____ años _____ meses
 ¿Qué tipo de Hipertensión Arterial le diagnosticaron? Esencial _____ Secundaria _____
 ¿A cuántos controles médicos asiste? _____

Anexo 4

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial

Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a las personas con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
 Nivel de escolaridad: _____ Estado Civil: _____
 Años de diagnosticada la enfermedad: _____
 Grupo: E____ C____

a) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

b) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

c) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Nº	Afirmaciones	Nunca	Casi	A	Casi	Siempre
			Nunca	veces	siempre	
1	Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2	Se toma todas las dosis indicadas.					
3	Cumple las indicaciones					

	relacionadas con la dieta.
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas.
5	Realiza los ejercicios físicos indicados.
6	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria.
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.
8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.
10	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.
11	Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento.
12	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.
Total= _____	

Anexo 5

Autorización de la institución de salud

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE APOYO SOCIAL SOBRE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Consentimiento Informado

A través del presente documento, Yo, Frustor Plataxi identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 983 378 160 y en calidad de REPRESENTANTE LEGAL del Centro de Salud San Lorenzo E.S.E., AUTORIZO de manera voluntaria, el desarrollo del proyecto de investigación denominado "Efectos de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social sobre los niveles de adherencia al tratamiento en personas con Hipertensión Arterial Esencial" desarrollado por los estudiantes; Lina Juliethe Aroca Pérez con C.C. 1.110.469.807 y David Francisco Rosero Oliva con C.C. 1.085.299.486 y bajo la supervisión de la Magister, asesora de trabajo de grado y docente de la Universidad de Nariño, Adriana Perugache.


Se me ha informado que este estudio se guía en los aspectos éticos planteados para la investigación en seres humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Artículo 2 Disposiciones generales, numeral 10: investigación con seres humanos y Resolución 008430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 5 donde establece que deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar).

De esta manera, se garantizará la seguridad, dignidad y derechos de los participantes quienes están adscritos a la institución dentro del programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles, y como institución se realizará el acompañamiento y seguimiento en el desarrollo de la presente investigación, además de la provisión de espacios.

Me han indicado también que se realizará la aplicación de los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Morisky-Green (1986) (validado en su versión española por Val Jiménez et al., 1992); Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau, 2008) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial, los cuales evaluarán los niveles de Adherencia al tratamiento de la Hipertensión. Además de la asistencia a 10 sesiones para el desarrollo del programa cognitivo-comportamental de Apoyo Social junto con mi cónyuge, la dinámica de estas sesiones se desarrollará a partir de talleres.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento, mi firma en este documento significa que he decidido AUTORIZAR el desarrollo de la investigación en el Centro de Salud San Lorenzo E.S.E

Firma : 
 Nombre : FRUSTOR PLATAXI
 C. C. : 983 378 160

Anexo 6
Certificación institución de salud

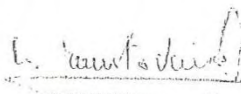


EL GERENTE CENTRO DE SALUD E.S.E SAN LORENZO

CERTIFICA

Que LINA JULIETTE AROCA PÉREZ C.C. 1.110.469.807 y DAVID FRANCISCO ROSERO OLIVA con C.C. 1.085.299.486, en el marco del proyecto de investigación denominado “Efectos de un programa cognitivo-comportamental de apoyo social sobre los niveles de adherencia al tratamiento en personas con Hipertensión Arterial Esencial” desarrollaron satisfactoria 10 sesiones de intervención y 2 de evaluación con personas que presentan Hipertensión Arterial Esencial adscritas al programa de Enfermedades crónicas de la institución desde el día 21 de noviembre de 2014 hasta el día 24 de enero de 2015

En constancia, se firma a los 30 días del mes de Enero de 2015.



Fausto Pilataxi

Gerente Centro de Salud E.S.E San Lorenzo

Anexo 7**Autorización de los autores de los instrumentos*****Cuestionario de adherencia Martín Bayarré Grau (MBG) en su versión validada para Colombia***

----- Mensaje reenviado -----

De: "Jose William Martinez" <jose01william@utp.edu.co>

Fecha: may 18, 2014 8:30 PM

Asunto: Re: Solicitud de Autorización

Para: "Lina Juliethe Aroca" <lijuarpe@gmail.com>

Cc:

Cordial saludo ustedes deben revisar la fuente de información que tuvimos para realizar la evaluación y citarla así como citar también el artículo donde aparece nuestra validación, con eso cumplen totalmente, sin mas