

UNIVERSIDAD CENTRAL DE LAS VILLAS
FACULTAD DE PSICOLOGIA



PROGRAMA PARA EL AUTOCONTROL
EMOCIONAL DE PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

Tesis presentada en opción al Grado Científico de
Doctor en Ciencias Psicológicas

Autora: MsC. Lic. Osana Molerio Pérez
Tutor: Dr. Miguel Angel Roca Perara

Santa Clara. Villa Clara, Cuba.
2004

Dedicatoria

Si por un instante Dios se olvidara de que soy una marioneta de trapo y me regalara un trozo de vida, posiblemente no diría todo lo que pienso, pero, en definitiva pensaría todo lo que digo.

Daría valor a las cosas, no por lo que valen, sino por lo que significan ...

Dios mío, si yo tuviera un corazón ...

Escribiría mi odio sobre el hielo y esperaría a que saliera el sol. ...

Dios mío, si yo tuviera un trozo de vida... No dejaría pasar un solo día sin decirle a la gente que quiero, que la quiero ...

A un niño le daría alas, pero dejaría que él solo aprendiese a volar.

A los viejos, a mis viejos les enseñaría que la muerte no llega con la vejez, sino con el olvido. Tantas cosas he aprendido de ustedes los hombres...

He aprendido que todo el mundo quiere vivir en la cima de la montaña, sin saber que la verdadera felicidad está en la forma de subir la escarpa...

He aprendido que un hombre únicamente tiene derecho de mirar a otro hombre hacia abajo, cuando ha de ayudarlo a levantarse...

Gabriel García Márquez

Fragments del Poema: "Lo dice una marioneta de trapo"

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS.

A mi querida amiga, Mónica Dávila quien a pesar de la distancia me estimuló para enfrentar este reto profesional brindándome su apoyo incondicional, por hacer de éste un proyecto común.

Al Dr. Miguel Angel Roca Perara por su magistral asesoría y esa forma tierna que tiene de hacer las críticas más profundas.

Al Dr. Antonio Cano Vindel, Presidente de la Sociedad Española de Ansiedad y Estrés, que siempre respondió prontamente mis inquietudes, por sus acertadas enseñanzas y por ser tan especial.

A la Dra. Idania Otero Ramos y la Dra. Zaida Nieves Achón por sus sugerencias, críticas y las consultas interminables que me ofrecieron por vía telefónica. Especialmente por no permitirme olvidar al "sujeto psicológico".

Al Dr. Luis Felipe Herrera Jiménez, quien desde mi etapa de estudiante ha estimulado mi interés hacia la investigación. Por ser tan buen compañero y amigo.

A la Dra. Gladys Casas Cardoso, por su colaboración en el procesamiento estadístico de los datos y su disposición incondicional.

A la Dra. María Luisa González Ibarra quien facilitó este proyecto en cada momento.

A mis colegas del Proyecto PROCDEC por su asesoría científica. De manera especial al Dr. Emilio González quien a pesar de sus resabios siempre me apoyó.

Al Dr. Jorge Grau Abalos por la profesionalidad con que llevó a cabo su oponentia para el acto de pre - defensa, porque en cada encuentro con él he aprendido algo nuevo.

A la Dra. Ana María González, el Dr. Isac Amigo y demás profesores de la Universidad de Oviedo por la colaboración brindada en los inicios de la investigación, especialmente a la Dra. Elena García Vega por ser tan especial.

Al claustro de profesores del Departamento de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, especialmente a aquellos que me apoyaron cuando necesité de su ayuda.

A los alumnos que participaron como coterapeutas y a mis alumnas ayudantes Yaíma, Lismary y Yeledis, por su constante disposición a colaborarme.

A todos aquellos que colaboraron en el aseguramiento material de este informe, especialmente a Yoel, Nedel, Pablito y mi tío Emilito.

Al equipo directivo y el personal médico de las instituciones de salud en las que se llevó a cabo la implementación del Programa.

He de agradecer también a los pacientes que formaron parte de la investigación, quienes me permitieron comprender la temática abordada más allá de la academia.

Dada la posibilidad de pecar de injusta olvidando algún nombre, llegue a todos mi más sincero agradecimiento más allá de las simples palabras.

A la memoria de mis abuelos Dora y Emilio quienes desde el silencio me han protegido.

A mi madre, quien ha sido motor impulsor de este proyecto y se entregó al mismo como si fuera su propia autora.

A mi padre, por ser tan paciente y apoyarme en el cuidado de mi niño.

A mis hermanas y cuñados, por ayudarme y tolerarme. Especialmente a mi hermana Omaidá pues sin su ayuda no habría logrado llegar a tiempo al final.

A mis sobrinos, Yanett, Pablo José y Odeitica porque siempre serán mis duendes.

A Migue, por estar a mi lado en cada momento brindándome su apoyo incondicional en la construcción de este sueño que hizo suyo también.

Especialmente a mi hijo Jean Michel, quien a pesar de su corta edad, supo aceptar mi ausencia. Por su ternura y comprensión. Con la esperanza de poder recuperar el tiempo que le he dejado de dedicar mientras trabajaba en la investigación.

En fin, dedico este triunfo a toda mi familia por estar siempre unida, brindándome su apoyo.

Resumen

RESUMEN:

Tomando en consideración los resultados de investigaciones que evidencian la influencia de las emociones negativas en la evolución de los trastornos hipertensivos, el presente trabajo tuvo como objetivo diseñar un Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) que resulte efectivo para potenciar el bienestar emocional y lograr reducciones de las cifras de presión arterial y la frecuencia cardiaca.

La investigación se llevó a cabo en el período comprendido entre 1998 - 2004. Se utilizó un diseño cuasi - experimental de comparación de grupos pre-post con medidas repetidas con un muestreo no probabilístico incidental- casual. La muestra quedó conformada por 72 pacientes con diagnóstico de HTA esencial procedentes de diferentes unidades de salud de la ciudad de Santa Clara, de los cuales 36 se asignaron al Grupo experimental y el resto al Grupo de Lista de espera. Las variables psicológicas estudiadas fueron la autoconciencia emocional, la autorregulación emocional así como las emociones de ansiedad, ira y depresión. Las variables fisiológicas evaluadas fueron la presión arterial sistólica, diastólica, la presión arterial media y la frecuencia cardiaca. Se empleó un sistema de métodos, técnicas y procedimientos para evaluar las variables psicológicas y clínicas cuyos resultados fueron valorados cualitativamente mediante la interpretación psicológica de los mismos y cuantitativamente utilizando técnicas contenidas en el paquete estadístico SPSS Versión 11.0.

Los resultados obtenidos evidenciaron la efectividad del programa diseñado expresada en la potenciación de los componentes del autocontrol emocional, del bienestar emocional y consecuentemente una disminución de las emociones negativas de ansiedad, ira y depresión. De igual manera se lograron reducciones clínicamente significativas de la presión arterial sistólica, diastólica y la frecuencia cardiaca lo cual consecuentemente reduce el riesgo global asociado a la enfermedad hipertensiva. Atendiendo a los resultados obtenidos se concluye que el Programa propuesto puede ser empleado como una guía metodológica para el trabajo de los profesionales encargados de la atención psicológica de los pacientes hipertensos, particularmente en el nivel de atención primaria de salud.

Índice

INDICE:

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACION TEORICA.	
1.1. Desarrollo histórico y perspectivas en el estudio de las emociones	10
1.2. El Autocontrol emocional: perspectivas para su estudio	17
1.3. Papel de las emociones en la salud	22
1.4. La Hipertensión arterial como problema de salud en Cuba	25
1.5. Determinantes psicológicas en la Hipertensión arterial esencial	29
1.6. Estrés e Hipertensión arterial	30
1.7. Emociones e Hipertensión necesidad del autocontrol emocional	34
CAPITULO 2: METODOLOGIA.	
2.1. Diseño Metodológico.....	44
2.2. Definición de la muestra	54
2.3. Materiales e Instrumentos	60
2.4. Procedimientos	65
2.5. Análisis de los datos	67
CAPITULO 3: ANALISIS DE RESULTADOS.	
3.1. Evaluación de necesidades	70
3.2. Evaluación del diseño del Programa	81
3.3. Evaluación del progreso del Programa	82
3.3.1. Análisis de la implementación del Programa	82
3.3.2. Análisis de regularidades e incidencias del proceso por sesiones	83
3.3.3. Análisis de regularidades e incidencias del proceso por sub- grupos ...	93
3.4. Evaluación de los resultados del Programa	94
3.5. Evaluación del impacto del Programa de Autocontrol Emocional	116
3.6. Análisis integral	121
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

Introducción

INTRODUCCIÓN:

El siglo XX fue testigo de considerables cambios con respecto a la noción de salud, tanto en su comprensión como en las formas de abordarla. Así la salud ha dejado de ser considerada como la mera ausencia de enfermedad para ser conceptualizada como el *completo estado de bienestar físico, psicológico y social* (OMS, 1978).

Desde esta perspectiva el problema de la salud vs enfermedad se presenta como organización donde coexisten lo nomotético y lo ideográfico, lo objetivo y lo subjetivo condicionado por el contexto. Corresponde a la Psicología de la Salud analizar la salud desde la óptica de la actividad psíquica lo cual exige que se desarrollen metodológicamente, en el diagnóstico y tratamiento, alternativas que se correspondan con un enfoque contextual, holístico, sistémico e integral.

En este sentido se han generado numerosas investigaciones en la Psicología de la Salud con el objetivo de determinar el papel de los factores psicológicos en el proceso salud-enfermedad y de manera particular, más recientemente, en el esclarecimiento del papel de las emociones en la salud. Sin embargo, como dijera González Rey (1997) “en el campo de la salud cobran un valor especial los diversos tipos de emociones que el hombre produce en el curso de su desarrollo, lo cual es uno de los capítulos más oscuros de la Psicología actual”.

El estudio de las emociones ha transitado por diversos enfoques, lo cual se evidencia en la existencia de varias teorías sobre la emoción. Si bien durante algún tiempo las emociones han sido valoradas como respuestas automatizadas ante determinados estímulos ambientales, los progresos alcanzados ponen en evidencia que las emociones como cualquier otro fenómeno de la subjetividad al configurarse pueden alcanzar mayor nivel de complejidad en la regulación del comportamiento, donde los procesos de elaboración cognitiva juegan un importante papel.

Las emociones tienen un alto poder adaptativo, ellas están directamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que de alguna manera están implicados en el proceso salud-enfermedad (Friedman y DiMatteo, 1989; Grau, 1998; Cano- Vindel y Miguel- Tobal, 2001). Hoy en día, a pesar de diversas polémicas, hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden

a disminuirla (Fernández Abascal y Palmero, 1999; Grau, Hernández y Vera 2004; Lazarus, 2000; Mayne y Bonanno, 2001). Las emociones negativas pueden provocar alteraciones en la salud ya sea directamente a través de niveles de activación fisiológica que pueden desencadenar una disfunción orgánica o indirectamente, al desencadenar conductas poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo; entre otras.

El estudio de las relaciones entre los factores emocionales y la aparición y curso de las enfermedades ha sido ampliamente abordado en la literatura científica en relación con los trastornos psicofisiológicos, llegando a plantearse su multicausalidad, lo cual ha condicionado una reconceptualización de los mismos que han pasado a ser entendidos no como un tipo específico de trastorno sino como aquellos en los que las alteraciones físicas aparecen, se agravan o mantienen debido a la influencia de factores psicológicos (Miguel-Tobal y González, 2003). Dentro de ellos, uno de los trastornos más estudiados ha sido la hipertensión arterial.

La Hipertensión arterial (HTA) constituye un problema socio-sanitario de primer orden, por su elevada incidencia-prevalencia y la importante morbilidad asociada que conlleva, ya que aumenta el riesgo vascular general y es la causa de severas complicaciones renales, cardíacas y cerebrales (Marín, 2002).

En nuestro país se ha estimado que el 15 % de la población rural y el 30 % de la población urbana es hipertensa. Después de los 50 años, aproximadamente el 50 % la padece. (Anuario Estadístico del MINSAP. Cuba, 2003. Ver Anexo 1) Por otro lado se calcula que una disminución de un 4 % de una cifra media de presión arterial puede lograr una disminución de un 15 % de la mortalidad por accidentes cerebro vasculares, y de un 9 % por cardiopatía isquémica (Coutin, Borges, Batista y Feal, 2001).

La HTA, por tanto, produce en nuestra sociedad un impacto sanitario, económico y social de magnitudes incalculables, que sólo podrá ser reducido si avanzamos en el diagnóstico correcto, en el tratamiento adecuado y en el control óptimo de la TA de todos los pacientes hipertensos. Pero, conseguir este triple objetivo, no resulta fácil, dado por el gran número de hipertensos, la necesidad de tener en cuenta la enorme variabilidad de las cifras tensionales y la complejidad del establecimiento de un tratamiento individualizado que

permita el control del paciente hipertenso; a todo lo cual se añade la baja adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos (Molerio, 2003; Martin, Sairo y Bayarre, 2002).

Esta enfermedad de naturaleza insidiosa, puede mantenerse latente durante largo tiempo y, en general, carece de sintomatología específica (Pennebaker, Gorder- Frederic, Stewart, Elfman y Skelton, 1982). No obstante, la dificultad que plantea su estudio deriva de otros dos factores: una etiología múltiple y un carácter progresivo. En resumen, dos problemas complican el estudio de la hipertensión arterial esencial: Por una parte, su carácter multicausal, que determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la PA. y por otra, su naturaleza procesal, que circunscribe la relevancia de los factores implicados a estadios específicos en la evolución de la patología

El estudio de la hipertensión arterial esencial ha sido reflejo del tránsito desde el modelo biomédico hasta el modelo biopsicosocial. Al amparo del *modelo biomédico* centrado en los aspectos propiamente etiológicos y de abordaje biologicista del enfermo (Grau, 2003; Morales, 1998), han ido proliferando desde épocas pretéritas y hasta la actualidad los trabajos sobre un trastorno que, paradójicamente, no refleja ninguna patología subyacente ni muestra claras pautas para su clasificación. Alrededor de los años 70 aparecen los primeros modelos explicativos de la hipertensión que se pueden considerar *modelos psicofisiológicos* (Shapiro, 1961; Julius y Esler 1975; Kaplan, 1978; Patel, 1977).

En la mayoría de los casos estos modelos han resultado ser muy parciales ya que abordan el propio desarrollo del trastorno de un modo descriptivo y continúan debatiéndose por la supremacía de unos u otros factores en la responsabilidad etiológica. Sin embargo, estos modelos adolecían de limitaciones básicas pues valoran de manera unilateral la relación entre la conducta y las variables fisiológicas y prestan poca consideración a la dimensión social, centrándose exclusivamente en la enfermedad. No obstante estas limitaciones, en el plano conceptual se generaron grandes innovaciones en el terreno del diagnóstico y la intervención (García-Vera, 1995).

Las formas de intervención a partir de estos nuevos modelos explicativos del desarrollo de la hipertensión, comienzan a poner énfasis en la importancia de las intervenciones psicológicas tanto con fines preventivos como terapéuticos. Sin embargo, durante algún tiempo los organismos internacionales que pretenden establecer las directrices en el

tratamiento de la HTA se han mostrado escépticos en cuanto al reconocimiento de la eficacia de las técnicas psicológicas en el tratamiento de la HTA. En 1980 *el Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* de los Estados Unidos (JNC) se manifestaba sobre la eficacia de los métodos conductuales - biofeedback, psicoterapia y relajación - y sugería que éstos no eran recomendables en los casos de hipertensión mantenida, pues daban lugar a reducciones modestas y que sólo se producían en algunos pacientes. Cuatro años más tarde, el mismo JNC declaraba que la relajación y el biofeedback producían reducciones pequeñas pero consistentes y significativas, siendo especialmente indicados para casos de hipertensión ligera, y que ambas técnicas de intervención se podían usar conjuntamente con fármacos en casos más severos. Más recientemente el JNC (1993) pone de relieve la importancia de los aspectos conductuales aconsejando los cambios en el estilo de vida como tratamiento contra la Hipertensión arterial esencial. (García- Vera, 1995).

En Cuba, el Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión arterial (1998) ha incluido entre sus objetivos las modificaciones en el estilo de vida del paciente y en los aspectos que propone considerar en la Historia Clínica aparecen los factores psicosociales y ambientales. Desde el punto de vista del tratamiento no farmacológico entre las modificaciones en el estilo de vida del paciente en dicho programa se resalta lo siguiente: *“El estrés puede favorecer elevaciones agudas de la presión arterial. Algunos estudios han demostrado diversos grados de efectos positivos en el control de la HTA”*. En nuestra opinión, esta posición resulta poco esclarecedora de la relación del estrés y la HTA y ofrece una limitada orientación en cuanto a cómo habría que abordar el tratamiento y la prevención del estrés para controlar la hipertensión arterial.

El enfoque multidisciplinario en el abordaje de la HTA queda patentizado en nuestro país en la creación de las consultas multidisciplinarias de HTA que funcionan en cada una de las unidades de atención primaria de salud. Esta perspectiva multidisciplinar no se limita únicamente al área asistencial, sino que se incorpora en el área investigativa. Muestra de ello es el Proyecto *“PROCDEC”*, que es un Proyecto investigativo- asistencial conjunto de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas y el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, el Sectorial Municipal y Provincial de Salud y el Ayuntamiento de Oviedo (España), en el cual se agrupan investigadores de diferentes especialidades con el

objetivo de lograr un abordaje integral en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA.

La presente investigación se inserta dentro de las líneas investigativas priorizadas de este proyecto (PROCDEC) y sus resultados tributan a dos de los Programas Ramales de investigaciones en salud, concretamente al de enfermedades crónicas no transmisibles y al de calidad de vida. La misma, tiene como reto principal integrar las aportaciones que desde la Psicología de la Salud se pueden ofrecer de cara a delimitar el papel de los componentes psicológicos en la etiología y evolución de la HTA esencial y las posibilidades que brinda el tratamiento psicológico de la misma.

El conocimiento de las regularidades y cambios en los estados emocionales que aparecen en el paciente hipertenso cobra una importancia extraordinaria para realizar un tratamiento integral de esta enfermedad y desarrollar estrategias preventivas. Al respecto se han desarrollado diversas investigaciones con el fin de demostrar que papel juegan los factores psicológicos y psicosociales en la etiología de la HTA.

Los progresos investigativos en el campo de la evaluación psicológica del paciente hipertenso han generado diversas perspectivas de estudio. Si bien hace algunos años las investigaciones se dirigían a evaluar las características de personalidad del paciente tales como la hostilidad o el llamado patrón de Conducta tipo A como posibles factores causales de la HTA (Bermúdez, 1984), en la actualidad la mayoría de estos estudios se centran en la influencia de otras variables como los correlatos psicofisiológicos del *estrés* (Amigo y Herrera, 1993; González y Amigo, 1998; González, Deschappelles y Rodríguez, 2000); *la ansiedad y la depresión* (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; Jonas, Franks e Ingram, 1997; Friedman, Schwartz, Schall, Pieper, Gerin y Pickering, 2001; Calvo, Díaz, Ojeda, Ramal y Alemán, 2001; Molerio y García, 2004) y más recientemente *la ira* (Spielberger y Moscoso, 1996; Miguel-Tobal, Casado Morales, Cano Vindel y Spielberger, 2001; Miguel-Tobal y González, 2003).

Los resultados más relevantes de estas investigaciones evidencian limitaciones en el autocontrol emocional de los pacientes hipertensos. De tal manera coincidimos con Fernández - Abascal (2002) al señalar que conocer los procesos y el funcionamiento del control emocional se convierte en una cuestión necesaria para el futuro de la investigación sobre las emociones. Es el autocontrol emocional precisamente la variable que parece

ser especialmente relevante en la relación que existe entre emociones y salud, teniendo un importante papel en el desarrollo de algunas enfermedades (Traue y Pennebaker, 1993).

Al respecto Cano Vindel (2003) señala: “si entrenamos a los pacientes mediante técnicas cognitivo-conductuales que les ayuden a disminuir su activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, conseguiremos mejorar su salud”. Desde esta perspectiva diversas investigaciones han probado la efectividad del tratamiento psicológico en los pacientes hipertensos (Amigo, 1988, 1991; García-Vera, Labrador y Sanz, 1998; González y Amigo, 1998, 2000; Miguel-Tobal y Casado, 1993, 1996; Miguel-Tobal y González-Ordi, 2003). También en nuestro medio hay algunas experiencias de resultados efectivos del tratamiento psicológico de los pacientes hipertensos (González, 1994; Romero, Cabrerías, Paz y Rojas, 1998; Molerio y Bernal, 2002; Peraza y Zaldívar, 2003).

Teniendo en cuenta los avances científicos a nivel nacional e internacional que avalan la influencia del estrés y las emociones negativas en la génesis y evolución de la HTA esencial, así como la necesidad de búsqueda de formas efectivas de tratamiento psicológico de estos pacientes, en la presente investigación nos hemos planteado como problema científico:

- ¿Será efectivo un programa de intervención psicológica dirigido a estimular el *Autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial* para potenciar el bienestar emocional y propiciar reducciones de las cifras de presión arterial en estos pacientes?

Para dar respuesta a la interrogante científica establecida nos propusimos como objetivo:

- Evaluar el Programa diseñado para estimular el Autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial y su efectividad en el bienestar emocional y en la reducción de las cifras de presión arterial y la frecuencia cardíaca.

De esta manera se establece como hipótesis científica de la investigación:

- El Programa para el Autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial resulta efectivo si se cumple, que fomente el bienestar emocional y propicie reducciones de las cifras de Presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC) en estos pacientes.

Partiendo de los postulados teóricos planteados en la investigación, así como los objetivos y el problema científico establecidos concebimos un conjunto de tareas científicas que a continuación relacionamos:

1- Tareas centradas en los supuestos teóricos metodológicos de la investigación:

- Revisión teórica actualizada del estado de la investigación científica referida a las tendencias contemporáneas en el estudio del estrés y las emociones y sus implicaciones para la salud humana; específicamente en la HTA.
- Revisión de experiencias de intervención psicológica en el tratamiento y prevención de la HTA a nivel nacional e internacional.

2- Tareas centradas en la evaluación / intervención:

- Validación para la población cubana de tres instrumentos: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (SRA - B), el Inventario de Expresión de Ira Estado - Rasgo (STAXI -2) y el Test de Zung y Conde que se dirigen a la evaluación de la ansiedad, la ira y la depresión respectivamente, de manera coherente con los supuestos teóricos planteados en la investigación.
- Caracterización del funcionamiento emocional de los pacientes hipertensos estudiados, específicamente las emociones de ansiedad, depresión e ira; comparándolos con un grupo de sujetos normotensos.
- Diseño de un Programa para el Autocontrol emocional de pacientes con HTA esencial, de acuerdo con los principios establecidos por la OMS sobre el diseño y evaluación de Programas de Salud.
- Implementación del *Programa de Autocontrol Emocional* en grupos de pacientes con diagnóstico de HTA esencial procedentes de diversas unidades de salud.
- Evaluación de la efectividad del *Programa para el autocontrol emocional* de pacientes con HTA esencial en el control de presión arterial.

La actualidad del tema abordado se sustenta en los resultados de investigaciones precedentes que destacan el papel de las emociones negativas en los trastornos hipertensivos, cuestión ésta de gran relevancia si tomamos en cuenta la alta incidencia de la HTA en las tasas de morbi-mortalidad. De igual manera, investigaciones más recientes enfatizan la importancia del Autocontrol emocional en el control de las cifras tensionales

del paciente hipertenso y evidencian la necesidad de una mayor sistematicidad en la atención psicológica de los mismos.

La novedad científica de la investigación radica en que se brinda la propuesta de un Programa para el autocontrol emocional de pacientes hipertensos esenciales que asume, de manera coherente como plataforma el modelo biopsicosocial de salud e integra los resultados más recientes derivados del estudio de las emociones en la articulación de un conjunto de técnicas que han sido concebidas o modificadas a los fines de la investigación. Otro aspecto novedoso es su proyección salutogénica, al proveer a los pacientes de recursos protectores de su salud y potenciadores de su desarrollo personal. Lo anterior garantiza el alcance preventivo del Programa puesto que contribuye a desarrollar habilidades para vivir, cuestión ésta que ha sido planteada con especial énfasis en el campo de la promoción de salud (OMS, 1998).

El aporte teórico del trabajo radica en su contribución al enriquecimiento del constructo Autocontrol Emocional y la delimitación de un conjunto de componentes funcionales que lo determinan. De igual manera la investigación contribuye a la comprensión del papel de las emociones en la salud y de manera particular, en el esclarecimiento de su influencia en la génesis y evolución de la hipertensión arterial. Destacamos la focalización de la estrategia preventiva hacia la zona salutogénica del paciente desde un enfoque multimodal que al estimular los componentes del autocontrol emocional posibilita que el paciente sea capaz de controlar de manera efectiva su respuesta emocional primero, en el trabajo en grupo y con la ayuda del terapeuta y, después, de manera independiente en su vida cotidiana.

Desde el punto de vista metodológico, y como parte de los trabajos que se han incorporado al Informe final (Molerio, Nieves, Otero, Casas, 2004) se realizó el proceso de validación de tres instrumentos. El Inventario de Ira Rasgo y Estado (STAXI-2) resulta de gran valor dada la ausencia de instrumentos para evaluar la ira en nuestro medio. Por su parte, consideramos que la validación de un nuevo instrumento para evaluar la ansiedad, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B) sin negar la utilidad del IDARE complementa y enriquece su valor diagnóstico y su proyección terapéutica. De igual manera, se sometió a validación para nuestra población el Test de Zung y Conde, que es un instrumento útil y sencillo que ha sido utilizado frecuentemente en nuestras

consultas clínicas sin que su empleo se haya sustentado en una validación previa, por lo que, se hizo necesario realizar este proceso para su incorporación en la investigación.

El impacto práctico - asistencial del programa propuesto se refleja en la efectividad alcanzada en las experiencias de implementación del mismo, lo cual se revierte en el mejoramiento de su calidad de vida, no sólo por el bienestar emocional que se genera, sino también porque en algunos casos las reducciones alcanzadas en la PA y la FC propician una reducción en las dosis del tratamiento antihipertensivo y en otros casos de HTA ligera posibilita que no sea necesario iniciar el mismo, con lo cual se reducen o evitan los efectos secundarios indeseables descritos en este grupo de fármacos (Anexo 2).

Desde el punto de vista económico puede tener un impacto favorable en la reducción de los costos de atención, certificados médicos, subsidios sociales y subsidios de medicamentos (nótese que algunos fármacos antihipertensivos son subsidiados por nuestro país). Desde la perspectiva del paciente también se ha estimado un impacto favorable en la reducción de gastos personales por concepto de costo del tratamiento (Anexo 3). Por otro lado, la implementación del programa en nuestros servicios de salud contribuye al mejoramiento de su calidad en la atención.

El Informe de la investigación consta de la Introducción, tres Capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos. En el primer capítulo se esbozan los supuestos teóricos que sirven de fundamento a la investigación, con énfasis en el papel del estrés y las emociones en la salud y, de manera particular, en la evolución de los trastornos hipertensivos. Se presentan algunas reflexiones sobre el constructo Autocontrol emocional y sus componentes básicos. En el segundo capítulo se exponen los elementos referidos al diseño metodológico planteado que cumple los requerimientos de la metodología para el diseño y evaluación de programas de salud. En el tercer capítulo, se presentan los resultados alcanzados a partir de la integración cuanti-cualitativa de los mismos. Se analizan los resultados obtenidos en las diferentes etapas: la evaluación de las necesidades, del diseño, del progreso, de los resultados y del impacto del Programa; de los cuales se derivan las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación. Entre los anexos del informe se incorpora un Manual que contiene íntegramente el Programa para el Autocontrol emocional de pacientes con Hipertensión arterial esencial diseñado en la investigación.

Capítulo 1

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

1.1. Desarrollo histórico y perspectivas en el estudio de las emociones.

Desde los propios inicios de la Psicología como ciencia las emociones han sido objeto de atención. A pesar de las dificultades tanto teóricas como metodológicas que presupone su investigación y que propiciaron que durante cierto período fuera relegada un segundo plano, en los últimos tiempos se aprecia un resurgimiento en el interés por el estudio de las emociones, conduciendo a la aparición de un número importante de definiciones y diferentes puntos de vista sobre este constructo que revelan la propia complejidad del fenómeno en estudio.

No obstante, las diferencias y contradicciones entre los diversos enfoques, existe acuerdo en reconocer la importante función adaptativa que tienen las emociones en tanto ellas actúan como poderosos incentivadores y dinamizadores de la conducta, generando una activación psicobiológica que posibilita al individuo su óptima relación con el medio. Por otro lado, las emociones son determinantes en el nivel de bienestar / malestar de los individuos porque forman parte de los procesos interactivos que establece el sujeto con los demás, en el contexto de sus relaciones interpersonales.

Las distintas corrientes teóricas en Psicología han descrito en qué consiste la emoción, haciendo énfasis en diversos componentes de la misma. Una de las primeras teorías en el estudio de las emociones fue la **teoría evolucionista** que tuvo sus inicios en el siglo XIX con los trabajos de Duchenne de Bologne (1862) y Darwin (1872), quienes plantearon la hipótesis de la universalidad de la expresión facial de las emociones y de su carácter relevante para la supervivencia de los individuos. Más allá de la diferenciación y categorización de las emociones, un punto central es la distinción a un nivel experiencial, o subjetivo de las emociones a partir de la expresión facial. De las teorías de la expresión facial de las emociones se han derivado fundamentalmente dos supuestos básicos: por una parte la existencia de unas emociones básicas o primarias y por otra parte, la asunción de categorías emocionales frente a dimensiones emocionales (Fernández - Dols, Iglesias y Mallo, 1990).

Por su parte, la **perspectiva psicofisiológica** se sustentó en sus inicios en los trabajos de W. James (1881) y de Lange (1985) quienes plantearon que la experiencia emocional

tiene lugar tras la percepción de cambios fisiológicos que se han producido ante la estimulación ambiental, por lo que el punto fundamental en el proceso emocional pasa a estar situado en el feedback aferente que se da desde las vísceras y músculos esqueléticos y que produce una activación cortical que permite la aparición del sentimiento y la experiencia emocional (Fernández Abascal y Palmero, 1995).

En esta perspectiva cobra valor la idea de que los cambios corporales, fisiológicos, motores y viscerales, están organizados de una forma propia y diferente en cada emoción mostrando una especificidad psicofisiológica en los patrones de respuesta emocional, siendo difícil encontrar homogeneidad en la respuesta emocional en el ser humano que tiene que ver con cierto grado de idiosincrasia que cada individuo presenta en la expresión de una respuesta emocional.

En 1915, Cannon señaló una serie de objeciones que abren el camino al desarrollo de una **perspectiva neuropsicológica** en el estudio de las emociones. La primera de las objeciones que se plantean tiene que ver con el hecho de que los cambios corporales pueden ser eliminados o impedidos completamente sin que por ello se tenga que dar cambios necesariamente en las emociones que experimenta el organismo. Este autor señalaba que las respuestas del sistema nervioso autónomo resultan muy lentas y tienen latencias muy largas con relación a la rapidez que muestran algunas respuestas emocionales. Además, cuestionó el papel de las vísceras en la elicitación de las emociones. Su principal contribución al desarrollo de la perspectiva neuropsicológica en el estudio de las emociones es la elicitación experimental de un circuito neural que implica la expresión (y presumiblemente la experiencia) de una emoción. Esta nueva mirada científica al tema de las emociones ha llevado a la consideración explícita de la inteligencia emocional (Goleman, 1997).

Las aportaciones de este enfoque han sido retomadas más recientemente por diversos autores llegando a precisarse el importante papel de la amígdala en la asignación de significado afectivo a eventos sensoriales (Le Doux y Phelps, 2000), así como la posibilidad de condicionamiento de la respuesta emocional (Buchel, Morris, Dolan y Friston, 1998). De esta forma la amígdala podría ser una estructura además de necesaria, suficiente para la aparición de las respuestas emocionales. La respuesta emocional puede ser activada parcialmente por circuitos separados, y como componente clave de

esos circuitos se hallarían la amígdala y el lóbulo prefrontal (Davidson, Jackson y Kalin, 2000).

En este análisis histórico, es importante señalar algunas aportaciones de la **perspectiva psicodinámica**. Destacándose los trabajos de Freud y Horney sobre las emociones negativas como precursores de la enfermedad mental (Véase Kaplan, 1985), así como; de Dunbar (1943) y Alexander (1950) que resaltaron el papel de las vivencias negativas en la génesis de enfermedades de expresión somática.

El estudio de las emociones desde una **perspectiva cognitiva** parte de considerar que la actividad cognitiva que los sujetos desarrollan en un proceso emocional está modificando dicho proceso en el momento que se produce, de ahí que los estudios realizados desde esta perspectiva se centran en la investigación de aquellas variables cognitivas que modulan y en definitiva parecen determinar la respuesta emocional (Lazarus, 1986, 1999; Lang, 1968, 1978; Ekman, 1992; Russell, 1980; Frijda, 1986; Feldman, 1995; Scherer, 2000; Lewis, 2000; Mayne y Bonnano, 2001). Dentro de esta perspectiva se han desarrollado un amplio número de teorías y modelos cognitivos que explican en mayor o menor grado la respuesta emocional, los cuales ofrecen diversas contribuciones en su comprensión. De ahí que analizaremos algunas de estos modelos.

El Modelo del Triple sistema de respuesta emocional ha sido desarrollado por Lang (1968, 1978) quien entiende que las emociones van a ser disposiciones para la acción que surgen ante estímulos que son significativos para el organismo y que fundamentalmente producen cambios en tres sistemas de respuesta: el cognitivo o experiencial subjetivo, el neurofisiológico- bioquímico y el motor o conductual- expresivo. A partir de este modelo se han estudiado una serie de fenómenos que muestran que puede ser más útil considerar las peculiaridades de cada uno de estos tres sistemas que conceptualizar la emoción como un constructo unitario en el que todas las respuestas obedecen a las mismas reglas.

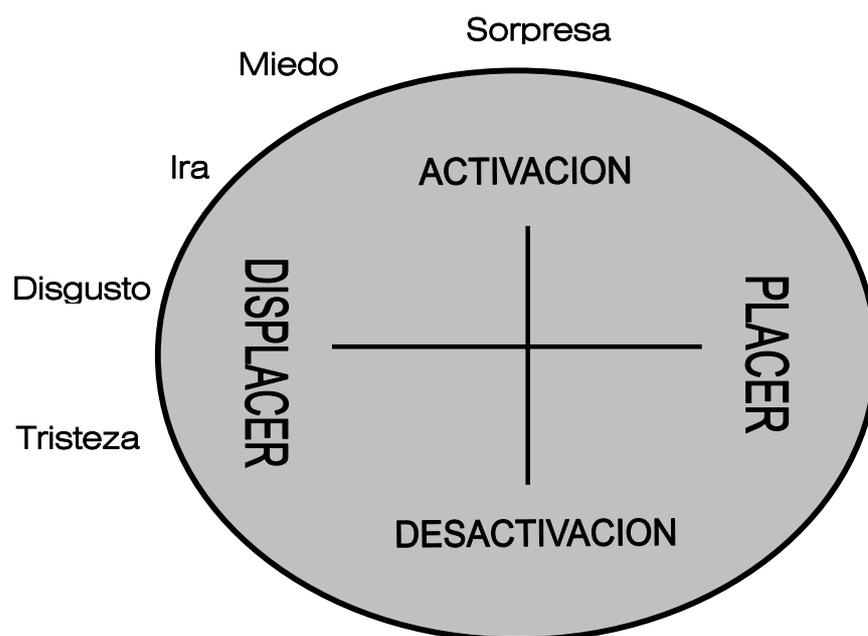
Los principales fenómenos de la respuesta emocional estudiados en esta línea son: 1) el fraccionamiento que se refiere a la escasa covariación entre distintas respuestas emocionales en una misma reacción emocional, de manera que una determinada respuesta en un momento dado puede activarse o no, 2) la desincronía que consiste en que los cambios en un sistema puede que no se produzcan de forma sincrónica en otro sistema y 3) la discordancia que se refiere a que en ocasiones unas respuestas se activan

y otras se inhiben (Adamowicz y Gibson, 1970). Una de las implicaciones derivadas de este presupuesto es la selección de las técnicas terapéuticas más adecuadas para cada paciente, pues se ha comprobado que cuando los pacientes reciben un tratamiento consonante con su perfil de reactividad individual, las ganancias terapéuticas son mayores, así como el mantenimiento de los logros (Cano Vindel, 2003).

De igual manera, este modelo relaciona la proposición de imágenes mentales con la activación psicofisiológica que acompaña la respuesta emocional, creándose una red que está definida por unas proposiciones de estímulos (*inputs*), unas proposiciones de respuestas (*outputs*) y unas proposiciones de relación y significado entre estímulo y respuesta. Estas redes emocionales se codifican y son almacenadas en la memoria organizándose asociativamente, pudiendo ser activadas ante la reaparición del estímulo.

Dentro de esta perspectiva cobra también vigor el Modelo Circumplejo de las emociones propuesto por Watson y Tellegen (1985) que reconoce la existencia de un espacio dimensional de carácter afectivo cuya estructura afectiva estaría conformada por dimensiones que tienen un carácter bipolar y que serían por una parte el placer displacer y activación- desactivación. Estas dos dimensiones afectivas dan lugar a una estructura “circumpleja” que tiene su origen en este modelo, sobre el que Russell y Barrett (1999) realizan una adaptación que se expone seguidamente.

Figura 1. Modelo Circumplejo de las Emociones. Modificado por Russell y Barrett, 1999.



Algunos autores como Lazarus consideran desafortunada la tendencia a dividir las emociones discretas en positivas o negativas, por no favorecer esta distinción la identificación del componente valorativo y significativo que esconde diferencialmente cada emoción (2001) y proponen un modelo que considera los componentes valorativos de las diferentes emociones.

De gran relevancia ha resultado El Modelo Multimodal de las emociones desarrollado por Smith y Lazarus (1993), el cual ofrece como principal aportación la de combinar un análisis de las dimensiones o componentes de la valoración con lo que han llamado “núcleos temáticos relacionados”. Smith y Lazarus describen los significados relacionados con cada emoción a partir de dos niveles de análisis, que para ellos representan dos modos complementarios de conceptualizar y evaluar el significado o sentido que acompaña a cada emoción: un nivel molecular y otro molar.

En el nivel molecular se incluyen los juicios que hace la persona al evaluar el daño o beneficio derivado de la situación. Los procesos de evaluación incluirían una evaluación primaria sobre la relevancia y la congruencia o incongruencia motivacional y una evaluación secundaria que abarca la responsabilidad, el potencial de afrontamiento focalizado en el problema y en la emoción así como las expectativas futuras; mientras que en el nivel molar, la combinación de estos componentes determinará el “núcleo temático relacionado” de la emoción que se genere; así como su significación específica.

La gran aportación de este modelo es la combinación de dos niveles de análisis hasta entonces separados y enfrentados, que permiten identificar tanto los componentes utilizados en el proceso de valoración como el significado que la configuración de los mismos tiene. Sin embargo, en opinión del propio Lazarus, el análisis de los componentes de la valoración se queda en un estadio demasiado elemental para comprender el fenómeno emocional y conduce a ignorar el fenómeno en favor de las partes que lo componen (1999). Es precisamente el significado relacional derivado del procesamiento de la información en términos de valoración, el que toma protagonismo final en su Teoría cognitivo-motivacional-relacional.

En su nueva teoría los procesos de valoración se convierten para Lazarus en cogniciones verdaderamente emocionales o *calientes*, frente a otros procesos cognitivos, como por ejemplo las atribuciones, que tendrían en el proceso emocional una función más *fría* y

abstracta, por estar más alejadas de las cuestiones motivacionales (Lazarus y Smith, 1988; Smith, Haynes, Lazarus y Pope, 1993).

El significado general, que es fruto del análisis de valoración, dependerá de la relación entre las metas de la persona y el evento que está siendo valorado. Este nivel superior de análisis permite la identificación de los núcleos temáticos relacionados con cada emoción (Lazarus, 1991), que tienen una fuerte base motivacional y que revelan el significado prototípico que tiene cada emoción (Tabla 1).

Tabla 1: Núcleos temáticos relacionados para cada emoción (Lazarus, 1991, 2001).

Ira	Ofensa contra uno mismo o lo suyo.
Ansiedad	Incertidumbre, amenaza
Culpa	Habiendo transgredido una norma moral
Vergüenza	Mostrar un defecto de acuerdo a ideales propios
Tristeza	Pérdida irrevocable
Celos	Resentimiento ante la amenaza o pérdida de un afecto a favor de otro que cambia hacia un tercero
Disgusto	Notar o estar demasiado cerca de un objeto o idea desagradable
Felicidad	Progreso razonable hacia la consecución de una meta
Orgullo	Alcanzar una de las <i>implicaciones del ego</i> siendo el responsable de ese logro.

El significado relacional pone de relieve, las diferencias individuales en la relación de la persona con el medio y enfatiza la necesidad de prestar mayor atención a las diferencias individuales para que se produzca el progreso en el campo de la Psicología del estrés y de la emoción. Este acercamiento que hace Lazarus, sin dudas resulta una aproximación importante al lugar de las emociones en la personalidad y puede ser de valor para el estudio de las emociones y su significación para el bienestar y la salud.

Recientemente, dentro de esta perspectiva cognitiva también han cobrando valor categorías tan importantes como la autoorganización y la autorregulación emocional, dando lugar a la aparición de los Modelos de sistemas dinámicos no lineales (Mayne y Ramsey, 2001) y el Modelo secuencial de la autorregulación emocional (Bonanno, 2001).

En el primero de ellos se entiende la emoción como un sistema en sí misma, por lo que ésta no puede ser entendida únicamente desde el conocimiento de sus componentes, sino como la sincronización de los sistemas de los que dependen esos componentes como son el sistema fisiológico, el cognitivo, el conductual y el social (Mayne y Ramsey, 2001).

Por su parte, el modelo secuencial sobre la autorregulación emocional (Bonanno, 2001) incluye, además de diversas formas de regulación anticipatoria y de regulación exploratoria, distintas formas de control emocional.

Lazarus (2000) enfatiza la naturaleza secuencial del proceso emocional reconociendo la existencia de dos fases: la de aparición y la de control de la emoción. La primera fase describe la aparición de la emoción que se genera cuando una persona con ciertos objetivos y creencias sobre sí misma y el mundo hace la valoración de que lo que está ocurriendo es perjudicial, amenazador o beneficioso. En la segunda fase decidimos cuál es el mejor curso de la acción para lograr evitar unas consecuencias sociales perjudiciales mediante el proceso de afrontamiento.

Es el control emocional precisamente la variable que, entendida como forma de afrontamiento emocional, se está mostrando especialmente relevante en la relación que existe entre emociones y salud teniendo un importante papel en el desarrollo de algunas enfermedades vinculadas al sistema inmune (Cano Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999; Traue y Pennebaker, 1993), lo que ha dado lugar al desarrollo de la **perspectiva psiconeuroinmunológica** que ha demostrado cómo los trastornos psicológicos y de manera particular las emociones negativas, son capaces de alterar el sistema inmune, lo que puede influir en la vulnerabilidad a las enfermedades, y en el curso de las mismas. Esta perspectiva nos facilita conceptualizar nuevos modelos de la salud permitiéndonos ver la capacidad que tiene el organismo para regular y coordinar su propia conducta y fisiología en sus reacciones a los retos de la vida (Solomon, 2001).

A pesar de que en la práctica asistencial existen trabajos interventivos dirigidos al control del estrés y de las emociones (Casado y Miguel-Tobal, 1996; Flores, 1997; García, Grzib y Fernández-Trespacios, 1987; García-Vera, Labrador y Sanz, 1997), llama la atención que muchos de ellos no están respaldados por una posición epistemológica congruente con la metodología asumida, por ello entendemos que para los fines de la

presente investigación se hace necesario realizar una aproximación dirigida al estudio de este constructo.

1.2 El Autocontrol emocional: perspectivas para su estudio.

El concepto de autocontrol ha sido abordado también desde diferentes perspectivas, desde las más apegadas a las teorías conductistas (Labrador, 1995), a las teorías cognitivistas (Ekman, 1984) y aquellas que consideran más la determinación histórico cultural del comportamiento (Vigotsky, 1987; Zeigarnik, 1979, González, 1997 y Fariñas 2003).

La orientación conductual considera a la conducta emocional como un conjunto de respuestas observables (motoras y fisiológicas) que se pueden condicionar, por ello la tarea terapéutica es desaprender lo aprendido mediante una confrontación entre el paciente y sus fuentes de angustia emocional.

Desde la psicología cognitivista, se concede relevancia a la personalidad consciente de sus propias estructuras mentales, con dominio de habilidades y estrategias cognoscitivas para la autorregulación y el autocontrol mediante los procesos de evaluación existiendo cierta polémica en cuanto al nivel de concientización de los procesos cognitivos que participan en este proceso. En la emoción encontramos aspectos volitivos y aspectos automáticos o espontáneos (Leventhal, 1984; Ekman, 1984). Al respecto Lazarus (1999) concluye que los procesos de valoración se desarrollan fundamentalmente a través de dos vías opuestas. Por una parte, al resultado final de la valoración se puede llegar mediante esfuerzos deliberados y en gran medida conscientes, por otra parte, a esta valoración se puede llegar otras veces de forma automática, intuitiva o inconsciente. La distinción entre una u otra forma de valoración en la elicitación de la respuesta emocional dependerá de las propias circunstancias ambientales que pueden ser variables y a veces la reacción emocional dependerá de una búsqueda deliberada de información en base a la cual se decidirá, mientras en otras ocasiones, la respuesta emocional se dará de forma casi automática.

Esta propuesta de Lazarus resulta congruente con los hallazgos derivados del enfoque neuropsicológico en el estudio de las emociones, que reconocen la existencia de dos vías neurocorticales en la respuesta emocional: una, más rápida y automática en la cual la

amígdala juega un papel fundamental; y otra, más reflexiva y lenta, la cual implica a la corteza prefrontal (Davidson et al., 2000).

Los modelos de autocontrol emocional anteriormente descritos adolecen de una limitación al no delimitar explícitamente el papel mediatizador de la personalidad en la autorregulación emocional como un proceso consciente, así como los mecanismos psicológicos que subyacen al autocontrol emocional.

Desde esta perspectiva resaltamos la importancia del autocontrol emocional que se expresa en la capacidad del individuo de autorregular de manera consciente el proceso emocional, lo cual no implica la represión de emociones sino su evaluación, afrontamiento y expresión de acuerdo a la significación que la situación elicitadora tenga para el sujeto de la manera más constructiva y saludable, posibilitando una mejor adaptación del individuo al medio.

Algunos de los elementos básicos referidos al autocontrol han sido definidos en la obra de L.S. Vigotsky bajo la rúbrica de dominio de la conducta. En este sentido este autor plantea: "... no podemos dominar nuestro comportamiento de otro modo que no sea a través de la estimulación correspondiente. La llave para lograr el adecuado dominio sobre la actuación la da el dominio sobre los estímulos. De este modo el dominio de la conducta representa un proceso mediatizado, que se realiza siempre por medio de estímulos auxiliares conocidos: los signos..." Más adelante Vigotsky señala: "... el autocontrol se edifica no sobre la obediencia y el propósito, sino que por el contrario, el acatamiento y la intencionalidad surgen sobre la base del autocontrol..." y desde su enfoque genético destaca que la ley de la doble formación se cumple por igual en el desarrollo de la voluntad, primero como algo social, después como algo psicológico; primero entre la gente, como una categoría intersíquica y después como una categoría intrapsíquica" (Vigotsky, 1987, pp. 24)

Vigotsky reconoce la influencia de lo psicológico en nuestro cuerpo cuando señala: "... la organización de la actividad nerviosa superior (ANS) crea la premisa necesaria para esto, crea la posibilidad de regulación del comportamiento desde fuera. ... Este es el principio de la *signación*, que consiste en que el hombre, desde fuera crea enlaces en el cerebro, dirige el cerebro y, a través de él su cuerpo".

De gran valor resultan también sus reflexiones sobre la unidad de lo cognitivo y lo afectivo que se reflejan en sus ideas siguientes: *“El análisis que divide al todo complejo en unidades...muestra que existe un sistema dinámico de sentido que representa la unidad de los procesos afectivos e intelectuales. Muestra que en toda idea se contiene reelaborada una relación afectiva del hombre hacia la realidad...”* (Vigotsky, 1987, pp. 22). Una postura similar al abordar la relación de lo afectivo y lo cognitivo la vemos en González Rey, quien señala: *“La condición reflexiva del sujeto determina que la actividad del pensamiento sea simultáneamente una forma de construcción de la realidad y de producción de nuevas emociones, momentos que se integran cualitativamente en el proceso del pensamiento. Por lo tanto, los procesos cognitivo y afectivo se interpenetran funcionalmente, y se constituyen diversas formas a nivel subjetivo a través de la actividad reflexiva del sujeto, aunque en esta no se agotan las vías de desarrollo de las complejas unidades funcionales de la personalidad.* (González, 1997, pp. 106).

Desde esta perspectiva consideramos de gran valor los trabajos de un grupo de investigadores cubanos que han estudiado la relación del estrés y las emociones desde un enfoque personal (Grau, Martín, Portero, 1993). Estos autores señalan que *“ la personalidad es algo más que el "fondo interno" en el cual se expresan los estados emocionales, o el "agente mediatizador" entre los estímulos externos y las respuestas emocionales, sino la verdadera fuerza motriz de estos estados, lo que obliga a investigar en la propia personalidad, en sus modos de autorregulación, autocompensación y autocontrol, en su estructuración y en sus contradicciones, los verdaderos mecanismos patogénicos de los estados emocionales negativos”*.

Independientemente de que las emociones producidas en una situación de conflicto son auténticas, es posible reconceptualizar la experiencia produciendo nuevas emociones en este proceso, congruentes con el sentido de la vida del sujeto y con su identidad personal, las que facilitan su expresión emocional, así como el control sobre sus procesos emocionales, participando en la autorregulación del comportamiento emocional.

En este sentido, D. Zaldívar plantea que es posible entrenar a los individuos para que funcionen como sus propios agentes de cambio y, por lo tanto, sean competentes en desarrollar habilidades de autocuidado (1996). Esta postura enfatiza la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas que se orienten hacia la zona de desarrollo próximo

descrita por Vigostky, que ha sido asumida en nuestro trabajo como zona salutogénica. De manera que los pacientes aprendan a controlar de manera efectiva su respuesta emocional primero, con la ayuda del terapeuta y, después, de manera independiente en su vida cotidiana.

Por otro lado, cada día cobra mayor relevancia la necesidad de que nuestras acciones terapéuticas fomenten la salutogénesis, por lo que se hace necesario proveer a las personas de recursos protectores contra la posibilidad de enfermar (Grau, Hernández y Vera- Villarroel, 2004). Los modelos salutogénicos, se orientan a potenciar las cualidades positivas (esperanza, optimismo, perseverancia, creatividad, espiritualidad, responsabilidad, visión de futuro, fortaleza personal, etc.), que no habían sido muy abordadas por la Psicología hasta fecha muy reciente (Ortiz, Ramos y Vera-Villarroel, 2002). Desde esta línea, se han desarrollado diversos modelos como el de Sentido de Coherencia de A. Antonovsky, (1990) que incorpora la dimensión de comprensibilidad, manejabilidad y significatividad y el modelo de personalidad resistente (*hardiness*), propuesto por S. Kobasa (1982), que incluye como componentes básicos la *implicación*, el *reto* y el *control*. En resumen, la mayoría de los modelos salutogénicos incorporan de una u otra manera, componentes del autocontrol emocional como una variable importante en el potencial salutogénico de las personas.

Tomando en consideración las perspectivas en el estudio del autocontrol emocional así como las principales contribuciones y limitaciones que ofrecen los diferentes enfoques, a los fines de la presente investigación definimos el **autocontrol emocional** como un proceso complejo, dinámico, subjetivo, mediatizado en la relación hombre medio, mediante el cual el sujeto es capaz de regular de manera conciente y efectiva sus diferentes respuestas emocionales de acuerdo a las demandas del medio. Es un proceso de naturaleza afectivo-cognitiva las cuales se interpenetran funcionalmente y se manifiestan en formas personalizadas de regulación emocional adaptativa. La autoconciencia emocional y la autorregulación emocional, se integran como mecanismos psicológicos que subyacen a este proceso. (Molerio, 2003).

La autoconciencia emocional permite a los seres humanos reconocer fenomenológicamente las emociones propias y ajenas, identificando las situaciones demandantes del medio, la significación que éstas tienen para el sujeto y las vivencias que

a ella se asocian. Implica además, la capacidad para identificar las distintas emociones, entender las distintas relaciones entre las mismas, así como la comprensión de emociones complejas y la transición de unos estados emocionales a otros.

La autorregulación emocional, como forma superior de regulación consciente del funcionamiento emocional, facilita una adaptación efectiva mediante el afrontamiento emocional, la expresión emocional y el control emocional percibido. El afrontamiento es un proceso básico para nuestras experiencias emocionales cotidianas y nuestra salud. Abarca lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no. "Para que el afrontamiento tenga éxito, tiene que ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación, que muchas veces cambian en la medida que la acción se va desarrollando". (Lazarus y Lazarus, 2000. pp 198).

Por otra parte el control o la falta de control es una característica importante de nuestra vida emocional. Algunas personas son incapaces de controlar sus impulsos, lo que crea graves problemas de convivencia social. Otras son exageradamente controladas, regulan sus emociones en exceso. Las pruebas de investigaciones indican que la supresión, especialmente de las experiencias emocionales muy perturbadoras, lo que hace es que se alimente y mantenga la aflicción mientras que el verbalizarla parece ser una buena manera de afrontamiento. Expresar nuestras emociones nos puede ayudar a clarificar nuestras vivencias y a darnos cuenta de que otros han pasado por traumas similares y han sobrevivido. (Lazarus y Lazarus, 2000; Pennebaker, 1993; Martínez-Sánchez, Páez. Pennebaker y Rimé, 2001).

Estos elementos que forman parte del proceso emocional constituyen una condición indispensable para lograr el bienestar emocional, en tanto posibilitan un afrontamiento adaptativo donde se consideran por parte del sujeto sus potencialidades, recursos y limitaciones, así como una expresión adecuada de las respuestas emocionales sin que se produzcan tensiones desorganizadoras en los distintos sistemas de respuesta matizado por una percepción de control del proceso.

Como expresamos anteriormente, el carácter complejo del proceso descrito nos permite afirmar la diversidad de elementos e interrelaciones que concurren simultáneamente sin

que podamos reducir ninguno de ellos a un elemento psicológico concreto, todos son componentes y a la vez determinantes de la autorregulación emocional.

Las posiciones teóricas hasta aquí esbozadas plantean como exigencia metodológica la necesidad de que en el proceso terapéutico se incorporen técnicas reflexivo - vivenciales que estimulen una modificación de sus configuraciones subjetivas en la autorregulación del comportamiento. Este despliegue intencional del sujeto estimula su potencial psicológico en el curso mismo de la autorregulación emocional como resultado del cual se optimiza el estado de bienestar emocional y consecuentemente su salud.

A partir de nuestras reflexiones anteriores y del hecho de que la salud es el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos, biológicos, sociales, ambientales y psicológicos, entre otros; construimos las ideas centrales del presente trabajo. Dentro de los determinantes psicológicos de la salud cobra para nosotros un interés especial el papel de las emociones en la salud humana en tanto ellas influyen en el bienestar subjetivo, el funcionamiento orgánico y social, aspecto que nos conduce a valorar su influencia en el proceso salud - enfermedad.

1.3 Papel de las emociones en la salud.

La evaluación del papel de las emociones en la salud humana se ha caracterizado por el reconocimiento de dos polos de la respuesta emocional que se dividen según la experiencia hedónica que proporcionan: las emociones negativas y las emociones positivas. El término emociones negativas se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como la ansiedad, la ira y la tristeza, que han sido las más estudiadas. Por su parte las emociones positivas son aquellas que generan una experiencia agradable, como la alegría y la felicidad. Hoy en día existen evidencias científicas que permiten suponer que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las negativas tienden a disminuirla (Fernández - Abascal y Palmero, 1999; Spielberger y Moscoso, 1996; Grau, Martín, Portero, 1993; Grau y Martín, 1993). De ahí que en los últimos años hay un interés creciente en la Psicología proyectada a identificar y potenciar los mecanismos que garantizan el bienestar emocional.

El papel de las emociones negativas en el proceso salud - enfermedad ha sido el que históricamente más interés ha despertado, distinguiéndose desde dos perspectivas de

análisis. La primera perspectiva nos sitúa en la importancia de las emociones en el bienestar subjetivo que experimentan las personas (Cuadra y Florenzano, 2003; Grau, 1997; Victoria, 2004). El término bienestar subjetivo ha sido definido como la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. (Victoria, 2000).

Las emociones contribuyen al bienestar subjetivo en tanto son procesos adaptativos, sin embargo; bajo ciertas circunstancias ellas (fundamentalmente las negativas) pueden propiciar la desorganización de las respuestas emocionales de las personas llegando incluso a provocar la aparición de estados patológicos (González de Rivera, 2001). Al respecto, Fernández Berrocal, Ramos y Extremera (2001), han señalado que las personas con trastornos emocionales presentan un perfil caracterizado por una alta atención a sus emociones, baja claridad emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales. En este sentido, Grau, Martín y Portero (1993), han señalado que la eficacia relativa de los mecanismos de autorregulación personal determina el éxito o fracaso en la resolución de las contradicciones generadoras de estas emociones negativas, así como, las posibilidades de desarrollo normal o anómalo de la personalidad. Así, se reconocen en los Manuales de Psicopatología (DSM-IV y CIE-10) los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo dentro de los de mayor incidencia en la actualidad.

Una segunda perspectiva parte de la relación de las emociones con diversos sistemas psicofisiológicos que forman parte del proceso salud- enfermedad. Así, diversos autores han reconocido que los procesos de valoración podrán estar vinculados a otros componentes de la emoción como son los cambios fisiológicos, facilitando con ellos los procesos de valoración, y desde el punto de vista funcional, una mayor capacidad adaptativa. Al respecto, Cano Vindel (1995) señala que la intensidad de la activación fisiológica se vincula a la intensidad de la emoción y la interpretación cognitiva, de acuerdo a atribuciones contextuales, se vincula a la cualidad o tipo de emoción.

Las reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que pueden desencadenar una disfunción orgánica si se cronifican, en dependencia del nivel

de predisposición individual por el cual un individuo tiende a tener mayor nivel de reactividad fisiológica en un determinado sistema. A su vez la aparición de un trastorno puede provocar mayor nivel de emocionalidad negativa lo cual contribuye a mantener altos niveles de activación psicofisiológica.

La tercera perspectiva reconoce que las emociones también influyen sobre la salud a través de sus propiedades motivacionales por su capacidad para modificar las conductas saludables (práctica sistemática de ejercicio físico, dieta equilibrada, calidad del sueño, recreación) y no saludables (consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo entre otras). Finalmente es reconocido que las emociones negativas pueden afectar el desempeño social de la persona en tanto influyen desfavorablemente en las relaciones interpersonales, lo cual genera conflictividad y disminución de la capacidad de adaptación social.

La relación de las emociones y la salud es bidireccional, es decir; las emociones pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos, pero a su vez la presencia de determinados trastornos generará la aparición de determinadas emociones según el carácter de la enfermedad (grave, crónico, agudo, crónico, etc) y la significación que el paciente le atribuya al mismo a partir de su valoración, lo cual resulta determinante en el proceso de afrontamiento a la enfermedad. En este sentido, Leventhal (2000) ha señalado que las emociones negativas pueden preceder a la enfermedad y/o ser consecuencia de ésta.

Uno de los campos de investigación donde más se ha trabajado el estudio de la relación entre las emociones y el proceso salud-enfermedad es precisamente el de los trastornos psicofisiológicos. Durante algún tiempo se pensaba que sólo en un grupo de trastornos o enfermedades los factores psicológicos, y de manera particular las emocionales, tenían una influencia determinante los cuales se agrupaban bajo el acápite de trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos en los Manuales como el DSM II. Sin embargo, los avances de la investigación en esta área unidos al creciente reconocimiento de la implicación de los factores psicológicos o emocionales en el desencadenamiento y/o agravamiento de la mayoría de las enfermedades llevaron a una reformulación de esta sección que a partir del DSM III se denomina "*Factores psicológicos que afectan a la enfermedad física*".

De esta forma, al describir los trastornos psicofisiológicos se hace referencia a aquellas alteraciones físicas que son precipitadas, agravadas o prolongadas por factores psicológicos (Cano Vindel, y Miguel- Tobal, 2001). Dentro de ellos, uno de los trastornos más estudiados ha sido la hipertensión arterial que constituye un trastorno que ha evolucionado en los últimos 30 años de una manera tan alarmante, que puede ser considerada como una epidemia que afecta a millones de personas, estimándose que la cuarta parte de la población mundial que ha sobrepasado los 50 años es hipertensa.

1.4 La Hipertensión arterial como problema de salud en Cuba.

El Comité de Expertos de la OMS define la Hipertensión arterial como una elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, de la diastólica, o de ambas, en las arterias. El Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial (1998) de nuestro país define como hipertenso, al igual que la OMS, a toda persona mayor de 18 años, que en tres ocasiones distintas haya tenido cifras superiores a 140/90 mmHg.

La hipertensión puede ser clasificada atendiendo a diversos criterios, dentro de ellos el más empleado es el que se basa en su causa, distinguiéndose la HTA primaria o esencial que es aquella en la que los mecanismos etiopatogénicos no están claramente establecidos y la HTA secundaria que es aquella cuya etiología se relaciona con otra enfermedad como, por ejemplo, las enfermedades endocrinas o endocrino metabólicas, enfermedades renales, enfermedades de origen vascular y otras. Se estima que entre el 90 y 95% del total, son hipertensos esenciales (Sherwood y Carels, 2000).

Igualmente se ha establecido una clasificación de HTA atendiendo al grado de los incrementos de las cifras de presión arterial, que aparece en la tabla siguiente:

Tabla 2: Clasificación de HTA según los valores de Presión arterial.

GRADOS	PA SISTÓLICA	PA DIASTÓLICA
Ligero	140 - 159	90 - 99
Moderado	160 - 179	100 - 109
Severo	180 - 210	110 -119
Muy Severo	≥ 210	≥ 120

En Cuba se ha determinado que el 15 % de la población rural y el 30 % de la población urbana es hipertensa. Después de los 50 años, aproximadamente el 50 % la padece. Los datos epidemiológicos evidencian que antes de los 40 años la hipertensión es más frecuente en los hombres que en las mujeres y, viceversa, después de los 40 años (Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión arterial, 1998). El conocimiento de la verdadera magnitud de la proporción de la población afectada se ve obstaculizado por varios hechos, pues una porción importante de los hipertensos no está consciente de su enfermedad, un número importante de hipertensos diagnosticados no sigue tratamiento, mientras que alrededor del 50% de los hipertensos a los que se les ha prescrito medicación antihipertensiva no llegan a tener su PA adecuadamente controlada.

Dentro de los factores de riesgo de la HTA se reconocen algunos no modificables tales como: la edad, el sexo, el color de la piel y los antecedentes familiares de HTA y otros de carácter psicosocial que se relacionan con comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como inadecuados hábitos alimenticios, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, el estrés, las emociones negativas; entre otros.

Investigaciones epidemiológicas han evidenciado que la HTA es el factor de riesgo más importante en la morbilidad y mortalidad cardiovascular y cerebrovascular; este riesgo aumenta en proporción a la presión sanguínea. También han permitido corroborar el papel de la HTA como frecuente y activo precursor del infarto cerebral y como coadyuvante de los accidentes cerebrovasculares en general. Por otro lado, se conoce que la presencia de hipertensión complica el pronóstico de la diabetes pudiendo llegar a provocar la aparición de nefropatía diabética, mientras que la presencia de la diabetes amplifica el riesgo cardiovascular asociado a los incrementos de la presión arterial. Se estima que más de la cuarta parte de los pacientes con Insuficiencia renal terminal (IRT) tienen una etiología hipertensiva. La HTA, por tanto, además de incrementar la morbilidad, aumenta la mortalidad y disminuye la esperanza de vida de la población. (Coca, 2002).

Es importante tomar en consideración que el riesgo asociado a la HTA depende no solamente de las cifras de PA, sino también de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular asociados y/o de las lesiones de órganos diana. Cuando la hipertensión

coexiste con otros factores de riesgo (tabaco, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes) los eventuales efectos negativos se multiplican (Anexo 4).

El tratamiento de la HTA persigue entre sus objetivos mantener la presión arterial dentro de los límites, o al menos, lograr la reducción posible de la tensión. No obstante, el objetivo final del tratamiento antihipertensivo no es en sí mismo el descenso de las cifras de PA sino la reducción de la mortalidad y morbilidad de la esfera vascular asociada al exceso de presión. (Marín, 2002). En este sentido, el beneficio potencial del tratamiento antihipertensivo se centra en la capacidad de reducir la probabilidad de aparición de un episodio cerebrovascular, cardiovascular o renal, mediante el descenso de la presión.

Las últimas directrices internacionales para el tratamiento de la hipertensión (JNC VI, 1997; OMS/ SIH, 1999) definen los criterios para el comienzo del tratamiento farmacológico según el grado de elevación de la PA, los factores de riesgo cardiovascular, el daño de los órganos diana y otras circunstancias concluyentes. Las decisiones terapéuticas deberán basarse, por lo tanto, en el riesgo global del paciente, y no exclusivamente en las cifras de PA. Al respecto, en la clausura de la 7ma Reunión Nacional de la Sociedad Española de Hipertensión su presidente, el Dr Antonio Coca, planteaba “... se debe hacer la intervención desde una perspectiva integral de control de riesgo” (Coca, 2002).

En los últimos tres decenios se ha asistido al desenvolvimiento de dinámicos cambios en las concepciones terapéuticas sobre la HTA y hoy en día, el campo de estudio y discusión a este respecto permanece muy activo. En 1978, un Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud recomendó el tratamiento escalonado como la forma adecuada de abordar la terapéutica de la HTA, es decir, comenzar por un fármaco y añadir pasos sucesivos hasta alcanzar el control tensional. Posteriormente, en 1986; un Memorando conjunto de la OMS y de la Sociedad Internacional de Hipertensión recomendó que la conducta terapéutica más adecuada en la HTA leve es la de iniciar el tratamiento no farmacológico al menos durante 3 meses, antes de iniciar el tratamiento con fármacos (Anexo 5).

Desde su determinación psicológica y social, la modificación de los estilos de vida puede ofrecer un gran potencial para prevenir, reducir o retrasar la hipertensión y otros factores de riesgo cardiovasculares, así como, disminuir o aplazar el uso de fármacos para su

tratamiento (JNC VI, 1997). Dentro del tratamiento no farmacológico se recomienda: perder peso si hay sobrepeso, limitar el consumo de alcohol a 30 ml diarios, incrementar el ejercicio aeróbico (30-45 min. diarios a la semana), reducir la ingesta de sodio (5-6 gramos de sal diarios), mantener una dieta rica en potasio (90ml/día), en calcio y magnesio, así como dejar de fumar y reducir las grasas saturadas altas en colesterol.

Por su parte, en relación con el tratamiento farmacológico, en la actualidad existe una proliferación de fármacos antihipertensivos que ha corrido paralela a un mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos implicados en la patogenia de la HTA. La posible lista de fármacos antihipertensivos incluye los siguientes grupos farmacológicos (OMS, 1992): Bloqueantes B-adrenérgicos (BBA), Inhibidores de la enzima de conversión (IECA), Antagonistas del calcio (ACA), Diuréticos Vasodilatadores y fármacos de acción central.

A pesar de los efectos positivos que consiguen los fármacos, aparecen inherentemente efectos secundarios que pudieran perjudicar al paciente (Anexo 3). Incluso los fármacos más eficaces tienen efectos indeseables, los riesgos acumulados tras varios años de tratamiento pueden exceder fácilmente los beneficios a no ser que se seleccionen cuidadosamente a los pacientes y los fármacos, y que se mantenga un estado de alerta permanente, analizando los múltiples efectos secundarios, las interacciones y el tratamiento necesario.

Otro de los problemas relacionados con la HTA como problema de salud son las dificultades relacionadas con la baja adherencia terapéutica de los pacientes. En ello, sin dudas inciden negativamente, algunas de las características de la enfermedad: En ausencia de repercusión orgánica, la carencia de sintomatología no contribuye a que el enfermo valore la auténtica importancia de la enfermedad. Por otra parte la cronicidad del proceso facilita que con el tiempo disminuya el interés del enfermo por su propia enfermedad. En muchos casos el enfermo asintomático no está dispuesto a alterar su forma de vida o a consumir un medicamento para detener un peligro lejano que no siente, sobre todo cuando debe sufrir algún tipo de incomodidad con el proceso (Braunwald, 1999).

Los elementos antes expuestos evidencian la necesidad de llevar a cabo acciones que permitan la prevención de los trastornos hipertensivos y de las enfermedades que a él se

asocian a partir de un diagnóstico temprano y una terapéutica efectiva que permitan disminuir sus dañinas consecuencias para la salud. La medicina preventiva debe atender, al enfrentarse con la HTA, con sus dos dimensiones: como factor de riesgo y como enfermedad cardiovascular con sus propios factores de riesgo para su desarrollo (Balaguer, 1997). Uno de los objetivos fundamentales de las acciones preventivas radica en la necesidad de fomentar una actitud activa y responsable del paciente en el cuidado y mantenimiento de su salud.

En este sentido, la Psicología de la Salud tiene como reto fundamental ofrecer sus contribuciones en el esclarecimiento del papel que juegan los factores psicológicos y, dentro de ellos, el estrés y las emociones en la génesis y evolución de la HTA esencial; así como el diseño de estrategias preventivas e interventivas que posibiliten una atención integral al paciente y contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida.

1.5 Determinantes psicológicas en la Hipertensión arterial esencial.

La mayoría de los trabajos encaminados a examinar la etiología de la hipertensión concluyen que este tipo de trastornos están íntimamente relacionados con las “*conductas propias del siglo XX*” (García-Huete, 1991), cobrando especial importancia los factores de riesgo relacionados con los hábitos, la personalidad y el estrés.

Desde distintas perspectivas de la Psicología, se han ofrecido diferentes explicaciones al problema de la hipertensión arterial. Así, desde el *Conductismo Clásico* la hipertensión se ha entendido como un “mal aprendizaje”, considerando algunos pavlovianos que sería el estado final de una cadena de reflejos condicionados (Bykov, 1969). Por su parte, el *Psicoanálisis* ha venido considerando la hipertensión como producto de la inhibición de impulsos agresivos o, más concretamente, la somatización de conflictos con un fuerte componente de hostilidad (Alexander, 1939). Desde una perspectiva más actual, *cognitivo-conductual*, este problema se entiende como una manifestación somática de estados emocionales negativos, concretamente, de la ansiedad, la ira y el estrés (Amigo, 1988).

Diversas investigaciones han tratado de encontrar un perfil psicológico del paciente hipertenso; sin embargo, el papel que se pueda atribuir a las variables psicológicas en el desarrollo y / o mantenimiento de la HTA es confuso, en la medida que los resultados de las investigaciones no permiten dilucidar si dichas variables son causa o consecuencia de

la enfermedad. Ello se debe a que la mayoría de los sujetos incluidos en las diversas investigaciones son pacientes hipertensos ya diagnosticados y sometidos en muchos casos a un tratamiento farmacológico antihipertensivo. Estos elementos no son inocuos en la medida que pueden tener repercusiones sobre el estado psicológico de los pacientes. (Amigo, 1998). Por esto, y aunque algunas respuestas conductuales a situaciones ambientales podrían diferenciar grupos de hipertensos de no-hipertensos, la evidencia experimental realizada sobre el concepto de personalidad hipertensiva es incompleta y limitada. (Gutmann y Benson, 1971)

Haciendo un balance de las diversas investigaciones llevadas a cabo en esta línea I. Amigo (1992) plantea: “se podría concluir que una personalidad hostil, caracterizada por un estilo de afrontamiento de las situaciones en las que predomina el resentimiento y la incapacidad para plantear clara y abiertamente los conflictos, de manera especial los conflictos interpersonales, se asocia, en algunos subgrupos de sujetos, a la enfermedad hipertensiva. Ahora bien, no es posible afirmar si este modo comportamental es causa o consecuencia de la enfermedad, si además éste es idiosincrático de la HTA o si por el contrario se trata de un síndrome con repercusiones conductuales ligado a la enfermedad crónica”

Otro de los factores psicológicos que ha sido muy estudiado en relación con la HTA es el estrés. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) ha reconocido el importante papel que puede desarrollar el estrés en los trastornos hipertensivos; sin embargo, también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad.

1.6 Estrés e Hipertensión arterial.

Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés *per se* un papel determinante en la etiología de la hipertensión, sí se reconoce, en mayor o menor medida, cierto grado de responsabilidad en su patogenia (Patel, 1977; Obrist, 1981).

Ante una situación concreta de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos mediados por la activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS). Estos incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales (envueltas en pequeñísimos músculos circulares inervados por

esta rama del Sistema Nervioso Autónomo), lo que provoca un inevitable aumento de la presión arterial. En particular, las arterias del sistema mesentérico, que canalizan la sangre al tracto digestivo, así como las arterias que suministran sangre a los riñones y la piel, se constriñen, facilitando el aporte sanguíneo a la musculatura y el cerebro. Por otra parte, la vasopresina u hormona antidiurética secretada por el hipotálamo vía hipófisis posterior hace que los riñones frenen la formación de orina, provocando una disminución de la eliminación de agua, efecto que aumenta el volumen sanguíneo y también con ello la presión arterial. Si este tipo de situaciones se repite a lo largo del tiempo, se produce un desgaste en el sistema cardiovascular que acaba degenerando en algún tipo de patología.

Se han descrito varios mecanismos por los cuales el estrés y la simpaticotonía del sistema nervioso central pueden dar lugar a una elevada tensión arterial (Barr y Benson, 1984). Se han estudiado las respuestas de estrés de carácter cognitivo y conductual, resultando que ciertos patrones específicos de estilos de afrontamiento pueden ser asociados con ciertos patrones identificables de respuesta fisiológica. Sandín (1988) señala que el mantener cierto grado de control sobre los eventos estresantes (con riesgo de pérdida), el afrontamiento confrontativo y activo, las respuestas de fuerte expresión emocional (ira, agresión, irritabilidad) y las características asociadas al tipo A (predispuestas a la cardiopatía coronaria) parecen asociarse a incrementos crónicos de la actividad simpática y catecolaminérgica (periférica y central) que, en último término, pueden producir hipertensión arterial y trastornos cardiovasculares.

Además de los mecanismos psicofisiológicos que evidencian una relación directa del estrés con la HTA, hay otra razón por la cual se relaciona indirectamente al estrés con la hipertensión arterial: nos referimos al efecto interactivo del estrés con hábitos y conductas de riesgo, como son el consumo de cafeína, tabaco, alcohol, la obesidad, el sedentarismo y otros.

Las investigaciones sobre los efectos nocivos del estrés han conducido al desarrollo de diferentes modelos psicofisiológicos de la HTA, dentro de ellos encontramos los de Patel (1977) y Obrist (1981) quienes se basan en los abundantes datos que resaltan la función desencadenadora del estrés sobre la hipertensión esencial. Por su parte, Kaplan (1980) ha desarrollado un modelo evolutivo que señala cómo las fluctuaciones de la actividad simpática relacionadas con el estrés pueden interferir la regulación de los sistemas de

control hemodinámicos, produciendo hipertensión esencial. En general, los modelos presentados hasta el momento recurren a un abanico limitado de factores en su intento de proporcionar un esquema explicativo de la etiología y evolución de la hipertensión esencial. Este sesgo reduce su ámbito de aplicación a una fracción concreta de la población hipertensa. Frente a ello, paradigmas como el de Folkow (1982) y el de Fernández - Abascal y Calvo (1985), han adoptado una postura integradora en la que se refleja el carácter multicausal de la enfermedad.

Uno de los modelos psicofisiológicos de la HTA que goza de mayor aceptación en la comunidad científica es el desarrollado por Fernández-Abascal y Calvo (1985), quienes plantean que la hipertensión esencial es, en muchos casos, el resultado de un proceso continuo que se inicia con unos índices de presión arterial normales y que evoluciona, en virtud del concurso de ciertos factores específicos, hasta un estado patológico crónico (Ver Anexo 6). En este proceso hemodinámico, estos autores distinguen cuatro fases: presión normal, presión reactiva o reactividad beta- adrenérgica, hipertensión borderline o límite, e hipertensión esencial o cronificada. El paso de un estado hemodinámico al siguiente se realiza de forma progresiva y no es irremisible, sino que depende de la presencia coincidente de varios factores que determinan el avance en el proceso. Estos factores son de naturaleza dispar y, en general, su relevancia se limita a momentos puntuales de dicho proceso. No obstante, las condiciones cardiovasculares generadas por unos factores suponen un medio propicio para la actuación de otros nuevos, produciéndose así un efecto de concatenación en virtud del cual unos factores relevan a otros en el control hemodinámico.

En un primer momento (fase de presión normal), la homeostasis cardiovascular mantiene la presión arterial en los niveles apropiados, ajustándola a las necesidades metabólicas y reajustándola esporádicamente cuando se producen elevaciones en respuesta a las interacciones del individuo con su ambiente.

Estas elevaciones ocasionales de la PA se hacen cada vez más frecuentes en una segunda fase (fase de presión reactiva), como consecuencia de una desmesurada respuesta cardíaca, mediada por incrementos de la actividad de los receptores betaadrenérgicos del sistema nervioso simpático, que provoca una elevación inusual y momentánea de la presión sistólica. Esta elevación sistólica produce a su vez una

liberación de catecolaminas en la sangre, lo cual potencia la activación simpática y su mantenimiento. Lo que caracteriza esta segunda fase en relación con la siguiente (hipertensión borderline) es el adecuado funcionamiento de los mecanismos de regulación (feedback negativo) de la presión que contrarrestan puntualmente los incrementos de la actividad cardíaca simpática, transformándolos en marginales, y mantienen una resistencia periférica normal.

Con el transcurso del tiempo, el mantenimiento o potenciación de las condiciones y comportamientos que generan y facilitan la hiperreactividad adrenérgica y las presiones sistólicas elevadas en conjunción con nuevos factores, hacen avanzar el proceso hipertensivo hasta la tercera fase (hipertensión borderline) al deteriorar algunos de los mecanismos de regulación de la presión arterial a través de dos vías. Por un lado, contribuyen al deterioro de la sinergia simpático- parasimpático sobre el corazón, reduciendo la inhibición vagal. Como consecuencia inmediata de ello, las reacciones presoras mediadas por el simpático adquieren mayor perdurabilidad, aumentando consiguientemente su potencial de riesgo.

Por otro lado, la excesiva reactividad beta- adrenérgica sobre el riñón, así como una dieta rica en sal, terminan alterando su función reguladora del equilibrio hídrico corporal. La disregulación renal se concreta en una mayor retención de sal y agua, lo cual provoca a su vez el aumento de la presión arterial. Ambas vías contribuyen al incremento persistente de los niveles de la PA que, a su vez, permite que se produzca una adaptación de la regulación de la presión a esos nuevos niveles (reajuste de los barorreceptores). De esta forma el progresivo deterioro de los mecanismos de regulación cardiovascular determina que el incremento de la presión arterial ante situaciones puntuales tienda a hacerse más perdurable.

Finalmente, el proceso entra en una etapa de cronicidad (hipertensión esencial) que supone un nuevo cambio de los mecanismos de regulación de la PA. Las energías movilizadas por la elevada salida cardíaca producto de las anteriores fases no son empleadas por el sistema somático. Para compensar este desajuste del metabolismo, en el organismo tiene lugar un proceso de autorregulación vascular e hipertrofia de la musculatura vagal lisa, que aumenta las resistencias periféricas y, por tanto, los niveles de presión arterial. Este proceso se ve facilitado por otros factores relacionados con los

hábitos alimenticios (una dieta con alto contenido en grasa) y con el consumo de sustancias estimulantes (nicotina, cafeína y alcohol). Por otro lado, a lo largo de este tránsito hacia la hipertensión esencial, los mecanismos renales de regulación de la PA a largo plazo se van deteriorando también (en parte por la influencia de factores comportamentales y facilitadores, y en parte por la necesidad de mantener el equilibrio de líquido y electrolitos), contribuyendo así a la elevación estable tanto de la presión sistólica como de la diastólica.

Resulta evidente la influencia del estrés en la HTA ya sea por los mecanismos psicofisiológicos implicados o por la influencia del mismo en las conductas poco saludables. Sin embargo, consideramos importante resaltar que asociada a la respuesta de estrés se desencadenan un conjunto de emociones, generalmente negativas, que de igual manera influyen en la génesis y evolución de diversas enfermedades.

El estrés psicológico, como las emociones, influyen en la salud de los individuos, ellos están íntimamente relacionados, lo que ha llevado a la consideración del estrés como sub-serie de emociones, generalmente negativas (Lazarus, 2001). Sin embargo al ser un constructo unidimensional aporta poca información sobre los significados personales que le subyacen, los procesos valorativos que desencadena, así como las estrategias de afrontamiento que emplean las personas. Por estas razones, se ha generado un interés creciente en el estudio de las emociones particularmente en los trastornos hipertensivos.

1.7 Emociones e Hipertensión arterial: necesidad del autocontrol emocional.

Los progresos investigativos en el estudio del papel de las emociones en la salud han condicionado que numerosos investigadores se hayan proyectado a la evaluación del funcionamiento emocional del paciente hipertenso, centrándose en las tres emociones negativas más estudiadas, nos referimos a la ansiedad, la depresión y la ira.

La ansiedad es una de las emociones más comunes que aparece cuando el individuo percibe o interpreta un estímulo o situación como peligroso o amenazante, independientemente de la amenaza real, facilitando la respuesta individual y preparándole para una acción defensiva o evitativa. El estado de ansiedad se define como una reacción emocional que tiene lugar cuando el individuo percibe una situación o estímulo como amenazante. Por otro lado el rasgo de ansiedad es entendido como la tendencia

individual, relativamente estable, a las interpretaciones de peligro o amenaza y a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad. Posteriormente, los trabajos de Endler y sus colaboradores pusieron de manifiesto la naturaleza multidimensional del rasgo de ansiedad, señalando la existencia de diferentes facetas estrechamente relacionadas con áreas situacionales específicas (Endler y Flett, 2001).

Las investigaciones que han estudiado la relación entre hipertensión y ansiedad han aportado datos contradictorios. Así, mientras Friedman y Bennet (1977) y Heine, Sainsbury y Chynoweth (1969) encontraron una relación significativa entre las dos variables, utilizando el diagnóstico clínico los primeros y una escala de agitación- ansiedad los segundos, Wheatley, Balter, Levine, Lipman, Bauer y Bonato (1975) y Harburg, Julius, McGuin, Mclead y Hoobler (1964), no hallaron dicha relación, empleando, en este caso; también el diagnóstico clínico y un test de ansiedad, respectivamente. Baer, Collins, Bourianoff y Ketchel (1979) construyeron un instrumento con el que intentaron diferenciar a los sujetos normotensos de los hipertensos, encontraron que la escala de ansiedad, incluida en este instrumento, aparecía como un factor discriminante entre ambos grupos.

Jonas, Franks e Ingram (1997), en un estudio longitudinal y controlando otros factores de riesgo, encontraron que la presencia de ansiedad y/o depresión en el momento de la línea base fueron significativamente predictivas de la posterior incidencia de la hipertensión y prescripción de tratamiento para la hipertensión. Más recientemente Jonas y Lando (2000), en un estudio longitudinal de personas inicialmente normotensas en el momento de la línea base, constataron que el riesgo relativo de padecer hipertensión era mayor (controlando covariables significativas) en mujeres blancas y negras y en todos los hombres con un elevado afecto negativo (medida combinada de síntomas de ansiedad y depresión). Mientras que Calvo, Díaz, Ojeda, Ramal y Alemán (2001) encontraron niveles de ansiedad y depresión significativamente mayores en los sujetos hipertensos.

En distintos estudios los hipertensos han mostrado puntuaciones significativamente más altas que los sujetos de la población normal en rasgo de ansiedad y otras variables exploradas, como reactividad en los distintos sistemas de respuesta - cognitivo, fisiológico - motor- y ante las distintas áreas situacionales evocadoras de ansiedad. (Miguel Tobal et al., 1994; Miguel Tobal y Casado, 1994; Casado, 1994). Diversos investigadores han planteado que los individuos con un alto rasgo de ansiedad tienden a percibir más

situaciones como amenazantes que los sujetos con niveles bajos en rasgo de ansiedad, lo que trae como consecuencia que los sujetos con altos niveles de rasgo de ansiedad, se verán expuestos con mayor frecuencia a situaciones que les generen estados de ansiedad, lo que en última instancia supondrá una mayor y más frecuente activación fisiológica y, por tanto, mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos (Grau, 1982; Miguel Tobal et al., 1994).

Miguel Tobal y Casado (1993) estudiaron la relación de la hipertensión con la ansiedad, comparando dos grupos, uno de hipertensos y otro de normotensos, equiparados en sexo y edad. Utilizaron en su estudio, para evaluar la ansiedad, el ISRA. Con relación a la ansiedad, los sujetos hipertensos mostraron mayores puntuaciones que los normales, tanto en el nivel general de ansiedad como en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico. Respecto a las áreas situacionales potencialmente ansiógenas, los sujetos hipertensos puntuaron más alto que los normales en todos los casos: ansiedad ante la evaluación, ansiedad fóbica, ansiedad interpersonal y ansiedad ante situaciones habituales.

Estos resultados según concluye el propio autor “muestran un perfil del sujeto hipertenso caracterizado por un alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, y en menor medida en el sistema motor, y reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de pruebas o evaluación, las situaciones potencialmente fóbicas, las habituales en su vida diaria y, en menor medida, ante las situaciones interpersonales. (Miguel Tobal et al., 1994, Miguel Tobal y González, 2003).

En otro intento por tratar de definir el perfil del sujeto hipertenso, Hernández y cols. (1998) llegan a la conclusión de que el sujeto hipertenso es una persona con elevada ansiedad que se siente amenazada, que mantiene las emociones bajo rígido control y que está preparada para la lucha, pero nunca acaba de descargar la gran tensión que la amenaza le origina. En esta línea Broege (1996) plantea también que la ansiedad y específicamente la ansiedad rasgo, provoca un aumento de forma significativa en la presión arterial, tanto en la sistólica como en la diastólica. De igual manera Pagotto, Fallo y Fava (1992) encontraron que los individuos hipertensos muestran niveles significativamente más elevados de ansiedad que los normotensos.

Sin embargo, Foster y Bell (1983), no encontraron diferencias significativas entre un grupo de sujetos normotensos y otro de hipertensos en ninguna de las escalas del STAI, obteniendo resultados similares Linden y Feurstein (1983). Tampoco Friedman et al. (2001) hallaron diferencias consistentes entre los participantes con HTA leve y los normotensos en cuanto a la ansiedad. Tales resultados, a pesar de las diferencias metodológicas que evidencian, hacen difícilmente sostenible una clara relación entre ansiedad e hipertensión.

La depresión es otro de los estados emocionales que comúnmente se asocia a la ansiedad aunque cotidianamente se le ha denominado con términos como tristeza, melancolía. La depresión constituye un trastorno afectivo en el que se presenta un estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, de culpa, inutilidad y desamparo, inquietud, irritabilidad, abatimiento, preocupación, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que el individuo disfrutaba antes, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones. Pueden aflorar pensamientos de muerte o suicidio, así como intentos de suicidio, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Jonas et al. (1997), en un estudio longitudinal y controlando otros factores de riesgo, encontraron que la presencia de ansiedad y/o depresión en el momento de la línea base fueron significativamente predictivas de la posterior incidencia de hipertensión y prescripción de tratamiento para la hipertensión. Por su parte, Calvo Francés et al (2001) estudiaron las diferencias en ansiedad, depresión, nivel de estrés y nivel de apoyo social entre dos grupos, uno de 73 hipertensos diagnosticados y otro compuesto por 73 controles sanos sociodemográficamente equivalentes. Los resultados arrojaron diferencias significativas en ansiedad y depresión entre ambos grupos, siendo más elevadas en el grupo de hipertensos. Sin embargo Jula, Salminen y Sarijarvi (1999) comparando una muestra de hipertensos no tratados y recién diagnosticados con un grupo control equivalente, no encontraron diferencias en ansiedad y depresión.

El desarrollo del Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) en la década de los años 50, de mano de los cardiólogos Friedman y Rosenman (1974), fue sin duda uno de los impulsores del

estudio del papel de los factores psicológicos en los trastornos cardiovasculares, al incluir como características de dicho patrón de riesgo cardiovascular actitudes y emociones conceptualizadas como hostilidad, impaciencia, ira y agresividad. Tras un período de auge en el estudio del PCTA, en su relación con los trastornos cardiovasculares, empezaron a surgir diversos estudios en los que se cuestiona dicha relación. Los resultados contradictorios llevaron a los investigadores a cuestionarse el PCTA, admitiendo que no era un fenómeno unitario, focalizándose el interés en el estudio de los distintos componentes para delimitar cuál de ellos era el verdadero predictor de los trastornos cardiovasculares.

Fue entonces cuando la ira y la hostilidad comenzaron a perfilarse como uno de los componentes del PCTA con capacidad para predecir el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. Shumaker y Czajkowski (1994) consideran que la ira aparece como el componente más estable del PCTA mientras que Krantz, Contrada, Hill y Friedler (1988) valoran que es la variable psicológica que muestra mayor relación con la hipertensión y los trastornos cardiovasculares. (Miguel Tobal et al., 1997).

Habitualmente la ira se considera un concepto más básico que la hostilidad y la agresión. En un intento de reunificación de las distintas líneas explicativas, Miguel Tobal et al. (2001) plantea que “el concepto de ira se refiere, generalmente, a un estado o condición emocional psicobiológico displacentero que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo.” Desde el punto de vista de su significado, la emoción de ira aparece principalmente asociada a situaciones interpersonales valoradas por el individuo como una violación injustificada e intencional de sus expectativas o de su territorio personal. El mecanismo básico o primario dirigido a afrontar este tipo de situaciones es la respuesta de lucha o ataque (Miguel-Tobal y González Ordi, 2003).

Por su parte, Spielberger et al. (1983) definen la ira como un estado emocional caracterizado por sentimientos de enojo o enfado de intensidad variable y reconocen tres componentes de la reacción emocional de ira: la experiencia, la expresión y los cambios fisiológicos. La *experiencia de ira* se refiere a los procesos subjetivos, a los pensamientos relacionados, a las sensaciones que los acompañan y a los procesos cognitivos

relacionados con la hostilidad. La *expresión de la ira* se refiere a los aspectos observables en el comportamiento de una persona que muestra enfado, como son la expresión facial, el tono y volumen de la voz, la postura, los movimientos, etc. Respecto a *los cambios fisiológicos*, es más difícil encontrar un patrón de cambio universal en la reacción de la ira, ya que existen muchas diferencias individuales, aunque la reactividad cardiovascular si parece asociarse fuertemente a ella.

Investigaciones más recientes han retomado el estudio de la ira como particularidad emocional del paciente hipertenso. En una revisión sobre el tema, Diamond (1982) llega a la conclusión de que la ira y la hostilidad se perfilan como variables relevantes en el desarrollo y agravamiento de la hipertensión. Dimsdale, Pierce y Schoenfeld, (1986) confirmaron una relación entre la presencia de sentimientos de irritación e ira contenida y la HTA esencial. Así mismo, Boutelle, Epstein y Riddy (1987) concluyeron que los sujetos hipertensos son más propensos a experimentar ira, pero también a evitar su expresión. Además, se ha establecido que los pacientes hipertensos con elevación de la actividad de la renina plasmática, presentan mayores niveles de ira contenida, susceptibilidad, paranoidismo, depresión y ansiedad (Thailer, Friedman, Harsfield y Pickering, 1985).

Diferentes estudios han mostrado que las expresiones abiertas de ira y también la ira hacia dentro correlacionan con la enfermedad coronaria, con la reactividad cardiovascular o con la hipertensión (Fernández- Abascal y Martín, 1995). Por su parte Suárez y Willians (1990) consideran que las personas con hostilidad alta y probabilidad de mostrar ira hacia fuera tienen más riesgo de padecer trastornos coronarios, mientras que quienes suprimen la expresión de ira tienen un riesgo más alto de padecer hipertensión.

Centrándonos en la relación entre ira e hipertensión esencial, en general, los datos de investigación sugieren que los sujetos hipertensos se caracterizan por presentar mayores niveles de ira en general y en lo que, especialmente algunos autores, han denominado inhibición de la ira, ira interna o dificultad de expresar ira. (Baer et al., 1979; Harburg et al., 1979; Dimsdale et al., 1986, Goldstein, Med, Elderberg, Meiser y Davis, 1988; Suárez y Willians, 1990).

Por su parte Miguel Tobal et al. (1993) realizaron un estudio piloto con el objetivo de buscar la relación entre ira e hipertensión esencial utilizando el STAXI en su versión española. La muestra estaba formada por 105 sujetos, divididos en dos grupos según sus

niveles de presión arterial: normotensos e hipertensos, equiparados ambos en cuanto a sexo y edad. Los resultados mostraron un perfil de los sujetos hipertensos caracterizado por una mayor disposición a expresar ira cuando son criticados o tratados de forma injusta (Reacción de ira), a refrenar sus sentimientos de ira con mayor frecuencia (Expresión interna) y a que sus estados de ira se manifiesten en conductas agresivas directas (Expresión externa), de forma menos frecuente que en el grupo normotenso.

Tras este trabajo en 1994, estos mismos autores llevan a cabo una amplia investigación con el objetivo de estudiar la relación entre distintas variables psicológicas y los trastornos psicofisiológicos. Uno de los objetivos del estudio era analizar la posible existencia de un perfil psicológico específico de los sujetos que presentan hipertensión esencial con respecto a la población normal. Entre las variables estudiadas se encuentran la ansiedad, la ira, la solución de problemas, entre otras. La ira fue estudiada a través del STAXI, los datos obtenidos revelan que de las 8 variables evaluadas, solamente es significativa la diferencia en una de ellas: Expresión interna o ira interna, en la que el grupo de hipertensión presenta puntuaciones más elevadas que el grupo control.

Los resultados obtenidos por Miguel-Tobal y cols. les permitieron señalar que “el sujeto hipertenso no muestra diferencias en cuanto a la experiencia de ira, es decir, presenta una tendencia similar a la del sujeto normal en cuanto a la frecuencia en la que presenta reacciones de ira o enfado. Las diferencias se van a centrar en la forma en la que habitualmente expresa la ira una vez que la experimenta. El grupo de hipertensión muestra una mayor ira interna o internalización de la ira, lo que implica que cuando el individuo hipertenso se siente airado o enfurecido tiende con mayor frecuencia a refrenar o intentar suprimir sus sentimientos de ira, a expresarlos hacia dentro sin que lo noten los demás.” (Miguel Tobal et al., 2001).

La revisión de los trabajos de hipertensión muestra como factor de riesgo el rasgo de ira, y más concretamente, la reacción de ira así como la forma de expresión de la misma. Según varios estudios el sujeto hipertenso se caracteriza por presentar mayor predisposición a experimentar ira, especialmente cuando es criticado o evaluado injustamente, y cuando se enfada tiende a no mostrar sus sentimientos, intentando refrenarlos (Miguel-Tobal, 1993). Así mismo, los hipertensos presentan más frecuentemente experiencias intensas de ira y

tienden a suprimir su ira con más frecuencia que a expresarla externamente (Spielberger, Crane, Kearns, Pellegrín y Rickman, 1991).

El estilo de afrontamiento que ha sido propuesto frecuentemente como factor de riesgo en la hipertensión esencial es un estilo de respuesta ante los conflictos interpersonales, que resulta de la activación de la ira (Cea, Brazal y González- Pinto, 1997). Se supone que los individuos bajo riesgo afrontan los conflictos intentando suprimir los sentimientos de ira y, posteriormente expresando explosivamente la ira cuando este mecanismo de afrontamiento fracasa. Dado que este estilo de afrontamiento muy probablemente deja sin resolver, o exacerba, los conflictos interpersonales, las transacciones que producen estrés pueden ocurrir repetidamente en una gran cantidad de situaciones interpersonales. Las respuestas fisiológicas que pueden ser específicas de la activación de la ira, o bien estar asociadas más generalmente con la respuesta de estrés, se supone que dan comienzo a la enfermedad hipertensiva en los individuos que son susceptibles a ellos genéticamente.

Los resultados investigativos antes expuestos evidencian la presencia de dificultades en el funcionamiento emocional de los pacientes hipertensos así como la necesidad de brindar a los mismos una atención integral, en la cual se incluyan acciones psicológicas que no sólo se proyecten a disminuir las emociones negativas, sino que se incluyan también acciones preventivas que permitan dotar a los pacientes recursos para el autocontrol emocional.

Muchas y variadas han sido las técnicas psicológicas utilizadas para el tratamiento de la HTA, en busca de ayudar a los pacientes hipertensos a modificar su PA, bien directamente, mediante el control de la propia PA o de otros parámetros hemodinámicos implicados en la hipertensión, o bien indirectamente, cambiando alguno de los comportamientos relacionados con las elevaciones de la PA. La aplicación de estas técnicas conlleva, generalmente, la reducción del nivel general de activación del organismo, por lo que, a través de las mismas, se puede modificar un patrón complejo de respuesta que incluye la desaceleración de la frecuencia cardíaca, la regulación del ritmo respiratorio y la disminución de la PA como uno más de sus componentes.

A pesar de que el JNC VI no enfatiza el uso de las técnicas de relajación como parte necesaria del tratamiento no farmacológico de la HTA, existe una considerable evidencia, procedente de diversas investigaciones (Davison, Williams, Nezami, Bice y Dequattro,

1991; Jonhston, 1991; Boota, Varma y Singh, 1995; Alexander, Schneider y Staggers, 1996 y Amigo, González y Herrera, 1997), de que la práctica de la relajación puede promover reducciones clínicamente significativas de la PA. Otros estudios han evidenciado también resultados beneficiosos derivados de la aplicación de Programas de relajación muscular (Amigo, Fernández, González y Herrera, 2002) o de entrenamiento autógeno (Eirín Rey, Castellón, Lara, Azaret y China, 2001). Así, Jonhston (1987) llevó a cabo una revisión de 25 estudios sobre programas de manejo del estrés en los que se había registrado la PA en condiciones estándar como principal resultado del tratamiento, valorando así la efectividad de dichas intervenciones como estrategia de intervención en la HTA. Las técnicas utilizadas en estas investigaciones fueron el entrenamiento en relajación muscular “in vivo”, su práctica diaria e identificación de situaciones estresantes de la vida diaria, así como el uso de habilidades adquiridas para hacer frente a dichas situaciones.

Otras estrategias terapéuticas se basan en los programas combinados, también recogidos en la literatura como paquetes terapéuticos que consisten en la combinación de diferentes técnicas, tanto directas como indirectas, así como la implementación de programas de autocontrol, en los que se pretende un abordaje conjunto sobre la PA por diversas vías de mediación (Fernández - Abascal, 1993). En general, se pueden distinguir dos tipos de tratamientos combinados: las *combinaciones unidimensionales* que conjugan técnicas enfocadas a conseguir la reducción de la PA por una misma vía, por ejemplo la desactivación fisiológica; y los denominados *programas terapéuticos de amplio espectro*, que combinan técnicas que inciden en la PA a través de diversas vías, como por ejemplo reducción del exceso de peso, desactivación fisiológica, control de la ingesta de sodio, reducción de las situaciones de estrés, etc.

Aunque mucho más complejos y costosos de poner en marcha, la efectividad de estos últimos es teóricamente mayor, ya que permiten la posibilidad de modificar la PA a través de un mayor número de mecanismos. En este sentido diversos estudios han probado la eficacia de los mismos (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; González, Amigo, Herrera y García 2000; Romero, Cabrera, Paz, Rojas, 1998; Rizo González, Rizo Rodríguez, Vázquez y Álvarez, 1998; García-Vera, Sanz, y Labrador, 1999, Amigo y Johnston, 1989; Patel, Marmot, Terry, Carruthers, Hunt, y Patel; 1985).

Sin embargo, la mayoría de estos trabajos se han dirigido fundamentalmente al control de la enfermedad más que a la salutogénesis. Coincidimos con Seligman (1998) cuando plantea que las necesidades de servir a la población que sufre trastornos y de definir, en consonancia, cuáles son las principales formas de sufrimiento, no deben impedirnos la construcción de una Psicología que busque los factores individuales y educativos que contribuyen a la resistencia a la adversidad y, en cierto modo, favorecen un mayor disfrute con la vida.

De ahí que la presente investigación se centra en el diseño de un Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial que se proyecta hacia su zona salutogénica mediante la implementación de un conjunto de estrategias reflexivo-vivenciales, cognitivas y de desactivación psicofisiológica dirigidas a los diferentes componentes y sistemas de respuestas implicados en el proceso emocional. La propia actividad constructiva del sujeto facilitará un proceso permanente de producción de emociones, en cuyo curso se modifica el sentido subjetivo de sus experiencias anteriores. Consideramos que es posible reconceptualizar esa experiencia, produciendo otros significados congruentes con una orientación más salutogénica, lo que facilitaría su expresión emocional, un afrontamiento emocional y una creencia de control sobre sus procesos emocionales, participando en la autorregulación emocional.

Los fundamentos presentados nos permiten asumir una posición teórica metodológica conducente a defender la idea científica de que si se trabaja con los pacientes hipertensos esenciales mediante un Programa donde se combinen técnicas de desactivación psicofisiológica, técnicas informativas, cognitivas y reflexivo-vivenciales que se orienten hacia la zona salutogénica del paciente y que potencien los componentes básicos del autocontrol emocional, se fomenta el bienestar emocional del paciente y se propician reducciones de las cifras de Presión arterial (PA) y la frecuencia cardiaca (FC), lo cual disminuye el riesgo global asociado a la enfermedad y un mejoramiento de su calidad de vida.

Capítulo 2

CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

Las consideraciones teóricas planteadas en el capítulo anterior evidencian la necesidad de realizar acciones de intervención psicológica con los pacientes hipertensos, de ahí que en la presente investigación nos planteamos como objetivo diseñar un *Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con Hipertensión arterial esencial* que resulte efectivo para potenciar su bienestar emocional y propiciar reducciones de las cifras de presión arterial y la frecuencia cardiaca. La interrogante científica que conduce la investigación en relación con la efectividad del Programa supone no sólo su diseño, sino también su evaluación.

La elaboración del diseño del *Programa de Autocontrol emocional* para pacientes con HTA esencial se realizó teniendo en cuenta la metodología establecida para el diseño y evaluación de Programas (Fernández- Ballesteros, 1997). Esta autora plantea que un Programa es un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas (Fernández-Ballesteros, 1992). De esta definición conviene resaltar que un programa tiene como principal característica su *previa especificación y diseño* así como que es *implantado coordinadamente*. De esta manera asumimos la metodología de evaluación de programas al articular la concepción metodológica de la investigación.

2.1 Diseño Metodológico.

La metodología de evaluación de programas supone establecer diferentes juicios valorativos sobre el Programa (Anexo 7). Así, la OMS (1981) se ha ocupado de seis formas de examinar el valor de un programa:

- **Pertinencia:** puede ser definida como la medida en la cual un programa responde a unas necesidades concretas de la población.
- **Suficiencia:** es la medida en la cual las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen.
- **Progreso (formativa o de proceso):** que es aquella que se realiza durante la implantación del programa pretendiendo determinar cómo éste está actuando.

- Eficiencia: Se alude al valor de la relación entre los resultados obtenidos y de los medios puestos a contribución.
- Eficacia: supone la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos establecidos en el programa, se han logrado.
- Efectividad: Hace referencia a la medida en la cual un programa ha alcanzado una serie de efectos.

Tomando en consideración estos criterios en nuestra investigación concebimos el diseño y la evaluación del programa a partir de la siguiente metodología:

Tabla 3. Etapas del diseño y la evaluación del *Programa de Autocontrol emocional*.

ETAPAS	PROCEDIMIENTOS	JUICIOS DE VALOR
Evaluación de necesidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de datos epidemiológicos. 2. Validación de instrumentos para la evaluación del funcionamiento emocional. 3. Realización del estudio exploratorio descriptivo. 4. Encuesta sobre juicio de profesionales (Anexo 8). 	Pertinencia
Evaluación del Diseño	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnica de Matriz Dafo. (Anexo 9) 2. Discusión en el grupo de expertos del proyecto de PROCDEC del diseño propuesto para el Programa de Autocontrol Emocional. 3. Realización de un estudio piloto. 	Suficiencia
Evaluación de la evaluabilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delimitación metodológica de: <ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de efectividad del programa. - Selección de métodos e instrumentos. - Delimitación del procedimiento estadístico. 2. Aplicación del Encuesta Positivo - Negativo - Interesante (PNI). 	Evaluabilidad
Evaluación de la implementación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ficha evolutiva del paciente. (Ver Programa). 2. Registro de Indicadores Clínicos (Ver Programa) 3. Modelo de evaluación de los criterios de efectividad del programa. (Ver Programa) 	Progreso
Monitorización y seguimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se emplea la metodología de línea base de medidas repetidas de las variables dependientes con la siguiente frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> - Dos semanas previas a la intervención. - Durante cada una de las sesiones. - Al concluir el programa. - Dos meses después de su aplicación. 	Eficiencia Eficacia Efectividad

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación se empleó un diseño integrador (mixto), en el que se combinan la metodología de investigación cualitativa y la cuantitativa tomando en consideración las ventajas y limitaciones de cada uno de estos modelos de investigación.

Perspectiva cualitativa de la investigación.

Desde esta perspectiva se privilegia el análisis clínico-evolutivo de cada paciente mediante la Metodología de Estudio de Caso, concebida como estudio profundo y sistémico de la personalidad del paciente permitiendo una mejor comprensión y constatación de las transformaciones individuales que se producen en el sujeto como resultado de la influencia del Programa. Al respecto se utilizan como recursos:

- Observación participante: Se utiliza como técnica directa que permite registrar las producciones individuales y grupales a partir de los indicadores de registro planteados (Anexo 10).
- Entrevista semi - estructurada realizada previo a la experiencia interventiva y al concluir la misma con el objetivo de obtener información sobre el funcionamiento emocional del paciente. (Ver Anexo1 del Manual del Programa).

Además se emplearon como procedimientos:

- Análisis de contenido: Se toman en consideración los datos registrados manualmente en cada una de las sesiones de trabajo básicamente en cuanto al contenido emocional de las expresiones (intensidad y carácter) de cada uno de los pacientes y de las producciones grupales y se analizan mediante procedimiento de categorización y codificación a partir de los indicadores estudiados (Ver pág. 47-50).
- Se empleó la triangulación con el objetivo de lograr mayor credibilidad de lo registros evolutivos de cada caso en particular. En este caso se utiliza la triangulación de técnicas y de fuentes.

Perspectiva cuantitativa de la investigación.

Se realizó un estudio cuasi- experimental de comparación de grupos pre-post con grupo control y medidas repetidas que incluyó la elaboración de cuatro líneas bases.

En la tabla siguiente se refleja el diseño concebido:

Tabla 4: Diseño metodológico del estudio Cuasi- Experimental.

		B1....B6	B1....B6		B1....B6		B1...B6
		C1....C5	C1....C5		C1....C5		C1...C5
		D1... D3	D4... D15	D16... D18	D18... D20
A1	S-1						
	.						
.							
S-36							
A2	S- 1						
	.						
	.						
	S-36						

LEYENDA:

A - Grupos muestrales.

- A1- Grupo Experimental: Pacientes hipertensos esenciales sometidos al Programa para el autocontrol emocional.
- A2- Grupo de Lista de Espera: Pacientes hipertensos a los que no se les aplica tratamiento entre el período pre y post evaluación, pero con posterioridad son sometidos al tratamiento por lo que se mantienen motivados y se superan las limitaciones éticas descritas al grupo control (Fernández- Ballesteros, 1996). Por su esencia, constituyen un grupo de control natural.

B- Evaluaciones realizadas a las variables psicológicas dependientes:

- B1- Autoconciencia emocional
- B2- Autorregulación emocional
- B3- Afrontamiento emocional
- B4- Expresión emocional
- B5- Control emocional percibido

- B6- Bienestar emocional.

C - Evaluaciones realizadas a las variables clínicas dependientes:

- C1- Presión arterial sistólica.
- C2- Presión arterial diastólica
- C3- Presión del Pulso.
- C4- Presión arterial media.
- C5- Frecuencia cardiaca.

D – Períodos de Líneas bases para evaluar las variables clínicas dependientes.

- D1- D3 Línea base (2 semanas anteriores al tto).
- D4- D15 Línea base durante el tratamiento
- D16-D18 Línea base (al concluir el tto).
- D18-D20 Línea base (2 meses después del tto).

S - Sujetos de la investigación.

Operacionalización de variables.

Variable independiente:

- Programa de Autocontrol emocional: Sistema de acciones dirigidas a desarrollar en el individuo la capacidad de autocontrol emocional, cuyo diseño lógico - metodológico se orienta hacia la zona salutogénica estimulando su capacidad de autorregulación emocional mediante la apropiación por parte del paciente de técnicas y recursos para el autoconocimiento emocional, el afrontamiento, la expresión y el control emocional efectivo que contribuyen al bienestar emocional del paciente y a la reducción de las cifras de PA y FC.

Variables dependientes:

Su estudio se realizó con el objetivo de evaluar la efectividad del programa y constatar si existía correlación entre las modificaciones en las variables psicológicas estudiadas y el comportamiento de las variables fisiológicas dependientes que se miden según el diseño planteado. Se incluyen aquí variables psicológicas y fisiológicas cuya operacionalización presentamos a continuación:

VARIABLES PSICOLÓGICAS DEPENDIENTES:

➤ *Autocontrol emocional:* capacidad del individuo de regular de manera consciente y efectiva sus diferentes respuestas emocionales en la mayoría de las situaciones, lo que le permite una mayor adaptación. Sus indicadores son:

1.1 Autoconciencia emocional: Se expresa en la capacidad del individuo de reconocer las emociones propias y ajenas, identificando las causas que las generan y las vivencias que a ella se asocian.

- Adecuada: El paciente reconoce sus emociones propias y ajenas, identificando las causas que las generan y las vivencias que a ellas se asocian (3 puntos).
- Parcialmente adecuada: El paciente es capaz de reconocer sus emociones propias, pero no logra identificar y comprender las emociones ajenas o viceversa (2 puntos)
- Inadecuada: El paciente no logra reconocer y comprender sus emociones propias ni las ajenas (1 punto)

1.2 Autorregulación emocional: Se expresa en la capacidad de regular de manera consciente el funcionamiento emocional, lográndose armonía entre las demandas del medio y el afrontamiento afectivo. Constituye una condición indispensable para lograr el bienestar emocional:

1.2.1 Afrontamiento emocional: Se expresa en la capacidad de evaluar la situación tomando en consideración las demandas de la situación y posibilidades y limitaciones que tiene el sujeto para afrontarla, dando una solución efectiva a las diversas situaciones que se presentan en la vida diaria. Se evalúa de la siguiente manera:

- Eficiente: Se logra dar solución a la situación problemática en la medida de las posibilidades reales, por lo que suele acompañarse de la sensación de satisfacción y generar niveles mínimos de malestar psicológico (3 puntos).
- Parcialmente eficiente: Se solucionan exigencias, pero quedan insatisfechas necesidades importantes y vivencias que pueden causar malestar psicológico (2 puntos).
- Ineficiente: No se logran resolver las exigencias por lo que se acompaña de la sensación de fracaso. Se generan vivencias emocionales negativas de diversa

intensidad que pueden llegar a provocar un desequilibrio emocional en el paciente (1 punto)

1.2.2 Expresión emocional adecuada: Se expresa en una adecuada expresión de la respuesta emocional, sin que se produzcan tensiones entre las distintas respuestas y sistemas de respuestas. No implica la supresión de la reacción emocional, sino su correcta expresión.

- Estilo expresivo: El paciente es capaz de expresar sus emociones, tanto positivas como negativas, de manera abierta sin que se produzcan contradicciones o tensiones entre las distintas respuestas y sistemas de respuestas (3 puntos).
- Estilo semi - expresivo: Ocasionalmente el paciente es capaz de expresar sus emociones (cuando la situación no implica gran conflictividad), aunque se produce una activación de alguno de sus sistemas de respuestas (2 puntos).
- Estilo represivo: El paciente reprime sus emociones, intentando eliminar su experiencia emocional, pero mantiene una activación fisiológica no controlada (1 punto).

1.2.3 Control emocional percibido: Se expresa en la creencia acerca del grado de seguridad que se tiene para alcanzar un resultado favorable y dominar el proceso necesario para conseguirlo.

- Adecuada percepción de control emocional: El sujeto tiene una creencia adecuada del nivel de control que posee para afrontar favorablemente las situaciones (3 puntos).
- Moderada percepción de control emocional: Ocasionalmente el sujeto cree tener un nivel de control para afrontar situaciones de bajo nivel de conflictividad (2 puntos).
- Inadecuada percepción de control emocional: El sujeto posee tendencia a tener una creencia errónea acerca del grado del control que tiene de la situación, ya sea por exceso o por defecto, lo cual puede estar provocado por sesgos interpretativos de experiencias pasadas (1 punto).

➤ Bienestar emocional: Es el resultado e indicador fundamental del autocontrol emocional. Se manifiesta en el predominio de emociones positivas y en la baja intensidad de estados emocionales negativos.

- Alto: Predominan vivencias emocionales positivas con un fuerte componente motivacional. Se acompaña de seguridad, placer y confianza (3 puntos).
- Medio: Se combinan vivencias emocionales con un contenido positivo y negativo. El funcionamiento emocional del sujeto está muy condicionado por las situaciones cotidianas (2 puntos).
- Bajo: predominan vivencias de contenido emocional negativo que pueden llegar a configurarse incluso, como estados afectivos con carácter patológico. Se acompaña de intranquilidad, inseguridad, falta de confianza y pesimismo (1 punto).

Variables fisiológicas dependientes:

Es de significar que su evaluación se realizó en el contexto clínico y domiciliario teniendo en cuenta la variabilidad de la PA, evitando de esta manera un posible “Efecto de Bata Blanca”. Se tomaron los valores de los indicadores relacionados con la HTA que han sido medidos sistemáticamente: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, presión del pulso y la frecuencia cardiaca (Guyton, 1981):

1. Presión arterial (*PA*): Es el resultado de la interacción entre la fuerza que ejerce la sangre impulsada por el ventrículo izquierdo sobre las paredes arteriales y la resistencia que éstas ofrecen. Al ser cíclica cuenta con una fase máxima o presión sistólica (*PS*) y una fase mínima o presión diastólica (*PD*).
 - 1.1.1 Presión arterial sistólica (*PAS*): Constituye la fase de máxima presión del ciclo de la PA. Está determinada principalmente por el volumen sistólico del ventrículo izquierdo, por la velocidad de expulsión de la sangre y por la distensibilidad de las paredes de la aorta.
 - 1.1.2 Presión arterial diastólica (*PAD*): Constituye la fase mínima del ciclo de la PA. Está en función del nivel alcanzado durante la sístole, la velocidad del flujo sanguíneo a través de las resistencias periféricas y por la duración de la fase diastólica.
 - 1.1.3 Presión del Pulso (*PP*): Es la diferencia obtenida cuando a los valores de la PAS se le restan los valores alcanzados en la PAD.
 - 1.1.4 Presión arterial media (*PAM*): Es la presión promedio durante la totalidad de cada ciclo del latido cardiaco. Es la fuerza media que tiende a impulsar la sangre por todo el sistema circulatorio. Por tanto, desde el punto de vista del riesgo sanguíneo a los

tejidos, lo importante es el valor de la PAM. Desde la adolescencia hasta la mediana edad la PAM no varía considerablemente alrededor del valor normal de 100 mmHg. Se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$PAM = \frac{PP}{3} + PAD$$

2. Frecuencia cardiaca: Es el número de contracciones ventriculares del corazón en un minuto.

Variable de control:

- Además, se consideró el tratamiento antihipertensivo que tenían indicados los pacientes por prescripción de su médico, que fue evaluado en la Revisión de la Historia Clínica y en Entrevista Clínica sobre HTA. Dada la importancia de esta variable para la validez interna de la investigación, se acordó con el médico que no se establecieran cambios en el tratamiento antihipertensivo indicado (incluyendo tipo de fármacos y dosificación) durante el período que duró el Programa. En casos en que resultara excepcionalmente imprescindible hacerlo se debía comunicar al terapeuta. Similar procedimiento se tuvo con los pacientes vinculados a ambos grupos muestrales.
- Se incluyeron en este apartado algunas variables que han sido reconocidas en la literatura científica como factores de riesgo de la HTA, tales como el peso, el consumo de tabaco, de alcohol, de café, los hábitos dietéticos y la práctica de ejercicio físico. En este caso se supervisó su comportamiento antes y después del Programa mediante el acápite destinado a los factores de riesgo en la Entrevista clínica al paciente.

El reconocimiento del comportamiento de estas variables tiene gran importancia de cara a lograr una mayor confiabilidad de los resultados alcanzados. Su evaluación se realizó antes, durante y después del programa y en el seguimiento realizado a los 2 meses.

Evaluación y medición de las variables dependientes.

La evaluación de las variables psicológicas dependientes, de sus indicadores e índices se realizó a través de las siguientes técnicas:

Tabla 5: Técnicas empleados en la evaluación de las variables psicológicas dependientes.

Autoconciencia emocional	Autorregulación emocional			Bienestar emocional
	Afrontamiento emocional	Expresión emocional	Control emocional	
Entrevista al paciente. Observación participante. Autorreporte vivencial.	Entrevista al paciente. Observación participante.	Entrevista al paciente. Observación participante.	Entrevista al paciente. Observación participante.	Entrevista al paciente. Observación. Autorreporte emocional Test de Zung y Conde IDARE. ISRA-B STAXI-2

La evaluación de las variables fisiológicas dependientes se realizó tomando en consideración los criterios establecidos al respecto por el *Hypertension Detection and Follow up Program* (1979) y el Programa Nacional de Hipertensión en Cuba (1998). En función de estos indicadores, se evaluó el comportamiento de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca de cada paciente estableciéndose una línea base desde dos semanas previas al tratamiento, otra línea base durante cada semana de tratamiento hasta concluir el mismo, una tercera línea base la semana posterior a la culminación del programa y una última al cabo de 2 meses después de la intervención. Se calcularon los porcentajes de pacientes que en cada grupo aumentaron, disminuyeron o mantuvieron las cifras de su PA y la FC teniendo en cuenta los siguientes criterios de significación clínica:

Tabla 6: Criterios de significación clínica de los indicadores clínicos:

INDICADORES CLINICOS	REDUCCIONES CLINICAMENTE SIGNIFICATIVAS	INCREMENTOS CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS	NO HAY SIGNIFICACION CLINICA
Presión arterial sistólica	↓ 10 mm Hg o más	↑ 10 mm Hg o más	+/- 9 mm Hg
Presión arterial diastólica	↓ 5 mm Hg o más	↑ 5 mm Hg o más	+/- 4 mm Hg
Presión del pulso	↓ 5 mm Hg o más	↑ 5 mm Hg o más	+/- 4 mm Hg
Presión Arterial Media	↓ 2 mm Hg o más	↑ 2 mm Hg o más	+/- 1 mm Hg
Frecuencia cardiaca	↓ 5 o más latidos / minuto	↑ 5 o más latidos / minuto	+/- 4 latidos / minuto

2.2. Definición de la muestra.

De acuerdo a la diversidad de tareas científicas planteadas en la investigación, la selección de la muestra estuvo ajustada a los objetivos específicos planteados:

Para dar cumplimiento a la tarea científica relacionada con el proceso de validación del ISRA-B, el STAXI-2 y el Test de Zung y Conde, correspondiente a la etapa de evaluación de necesidades, inicialmente se aplicó una Encuesta sobre Juicio de profesionales (Anexo 8) a un total de 25 profesionales, de los cuales 9 tenían gran experticia en el tema abordado.

Posteriormente, las pruebas que se sometieron al proceso de validación para la población cubana fueron aplicadas a un total de 500 personas de ellos: 300 sujetos supuestamente sanos, 150 pacientes hipertensos y 50 pacientes con diagnóstico clínico de ansiedad. (Ver Molerio, Nieves, Otero, Casas, 2004). Los pacientes hipertensos fueron seleccionados de las Consultas de HTA de diversas unidades de atención primaria de Santa Clara, mientras que los pacientes del Grupo con ansiedad clínica fueron diagnosticados durante el período en que se realizó la investigación en la consulta de Psicología del Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de la misma ciudad. En el Grupo de sujetos sanos el criterio de “sanos” empleado fue que no tuvieran ninguna enfermedad crónica o transitoria en el momento de realizar la investigación. Para garantizar cierta representatividad en las muestras estudiadas en este grupo se contó con la colaboración de profesionales de otras provincias. La caracterización sociodemográfica de la muestra se presenta a continuación:

Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra estudiada en el proceso de validación del STAXI-2, el ISRA-B y el Test de Zung y Conde.

GRUPO	SEXO		EDAD					ESCOLARIDAD				
	F	M	20-29	30-39	40-49	50-69	60-70	6to	9no	12mo	TM	Univ.
Sano	158	142	140	83	42	20	14	3	66	104	50	77
%	53	47	46	28	14	7	5	1	22	35	17	26
Ansiedad	24	26	10	8	16	13	3	2	20	11	7	10
%	48	52	20	16	32	26	6	4	40	22	14	20
HTA	79	71	17	28	41	41	23	9	32	36	34	39
%	53	47	11	19	27	27	15	6	21	24	23	26

En esta etapa también se realizó un estudio exploratorio - descriptivo con el objetivo de caracterizar el funcionamiento emocional de los pacientes con HTA esencial, para lo cual se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo incidental-casual. Los criterios para la selección muestral fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de HTA esencial.
- Edad comprendida entre 20 y 60 años dado que se describen en la literatura científica particularidades específicas de la HTA en el paciente geriátrico (Aranda, 2000).
- Escolaridad mínima de 6to grado para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas cognitivas que se emplean en el programa, teniendo en cuenta que varios autores han señalado que en pacientes de baja escolaridad pueden aparecer dificultades en la comprensión de las técnicas contenidas en los Programas cognitivo-conductuales (Cano- Vindel, 1995).
- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Ausencia de tratamiento psicofarmacológico, pues los efectos derivados del mismo podrían viciar los resultados a alcanzar, por su posible influencia en algunas variables psicológicas dependientes.
- El tratamiento antihipertensivo puede tener entre sus efectos secundarios influencia en algunos procesos psicológicos, fundamentalmente en las primeras dosis, por ello se estableció que el paciente tuviese al menos 2 meses con el tratamiento antihipertensivo y se recomendó que en caso de cualquier cambio en la indicación o dosificación lo reportara para garantizar mayor confiabilidad de los resultados.
- Consentimiento informado: Antes de iniciar la investigación a los pacientes se les explicaron las características de la experiencia y se contó con su consentimiento por escrito para participar en el programa.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de "Hipertensión de Bata Blanca" (HBB): La HBB hace referencia a una elevación artefactual de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario y/o del médico durante el proceso de medida que reduce, notablemente, la validez del diagnóstico de la hipertensión arterial (Molerio y Pérez, 2003). Con el

objetivo de descartar la HBB fue necesario realizar mediciones previas en la clínica y en el hogar del paciente.

Criterios de salida:

- Pacientes que expresen el deseo o la necesidad de salir del estudio.

La muestra quedó conformada por un total de 300 sujetos, divididos en dos grupos. El primer grupo (Grupo de Estudio) estuvo integrado por 150 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial procedentes de los Policlínicos “José Ramón León Acosta”, “Ramón Pando Ferrer” y “XX Aniversario”; todos ubicados en la ciudad de Santa Clara. El segundo grupo (Grupo Testigo) quedó conformado por 150 sujetos sanos procedentes de las mismas unidades de atención primaria, estableciendo como criterio que no tuvieran ninguna enfermedad crónica o transitoria en el momento de realizar la investigación. En todos los casos se procuró que los sujetos del grupo testigo tuviesen similares características a los del grupo experimental en cuanto a la edad, sexo y escolaridad. Las características sociodemográficas de la muestra se presentan a continuación:

Tabla 8: Caracterización sociodemográfica de la muestra en el estudio exploratorio-descriptivo.

GRUPO	SEXO		EDAD					ESCOLARIDAD				
	F	M	20-29	30-39	40-49	50-69	60-70	6to	9no	12mo	TM	Univ.
Estudio	79	71	17	28	41	41	23	9	32	36	34	39
%	53	47	11	19	27	27	15	6	21	24	23	26
Testigo	79	71	17	28	41	41	23	7	34	36	34	39
%	53	47	11	19	27	27	15	4	23	24	23	26

Fuente: Sujetos sanos: Historias Clínicas ambulatorias.
 Pacientes hipertensos: Protocolo de Pesquisaje de HTA.

Con el objetivo de tomar en consideración los criterios de los principales usuarios del Programa a diseñar, se aplicó una encuesta a profesionales de la Psicología procedentes de diferentes unidades de salud que, como única exigencia, debían tener como mínimo, dos años de experiencia profesional en el centro. En total fueron encuestados 12 psicólogos, 9 de ellos procedentes de unidades de atención primaria y 3 de unidades de

atención secundaria. La edad promedio fue de 41,5 años con un promedio de 13,5 años de experiencia profesional, de ellos 9 mujeres y 3 hombres. Estos profesionales también fueron seleccionados para la evaluación del diseño del Programa de Autocontrol Emocional de pacientes con HTA esencial mediante la Técnica de la Matriz Dafo a los mismos profesionales

Para la etapa de implementación del Programa de Autocontrol Emocional diseñado se valoró que la prevalencia de la HTA varía de unos países a otros. Los datos al respecto indican que para el año 2003 en Cuba existían un total de 2099327 de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Atendiendo a los altos niveles de prevalencia de la enfermedad no resultó posible emplear un muestreo aleatorio. Por esta razón en nuestra investigación asumimos como población representativa la totalidad de pacientes hipertensos del Municipio de Santa Clara, incluyendo las áreas rurales aledañas a la ciudad.

Los pacientes seleccionados para participar en el estudio cuasi-experimental correspondiente a la etapa de implementación se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico incidental casual de diferentes consultas de HTA vinculadas al Proyecto PROCDEC ubicadas en los Policlínicos “José Ramón León Acosta”, “Ramón Pando Ferrer” y “XX Aniversario”; todos ubicados en la ciudad de Santa Clara. Los criterios generales planteados para la selección de la muestra fueron los mismos que los planteados en el estudio anterior.

La muestra quedó conformada por 72 pacientes con diagnóstico de HTA esencial distribuidos en dos grupos muestrales. El primer grupo, Grupo Experimental (GE) quedó conformado por 36 pacientes divididos en 4 sub - grupos, que fueron expuestos al Programa de Autocontrol Emocional. El segundo grupo, lo integraron los 36 pacientes restantes que en su condición de Grupo de Lista de Espera sirvieron como Grupo de Control (GC). También en este caso fueron divididos en 4 sub –grupos.

En las tablas siguientes ofrecemos datos sobre las particularidades sociodemográficas y clínicas de los grupos muestrales.

Tabla 9: Distribución muestral según el nivel de HTA:

NIVELES	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO LISTA DE ESPERA				TOT.
	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4	GC-1	GC-2	GC-3	GC-4	
Ligera	5	4	5	6	5	4	5	6	40
Moderada	2	5	1	3	2	5	1	3	22
Severa	1	1	2	1	1	1	2	1	10
Total	8	10	8	10	8	10	8	10	72

Tabla 10: Distribución muestral según el grado de control de la enfermedad hipertensiva:

GRADO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO LISTA DE ESPERA				TOTAL
	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4	GC-1	GC-2	GC-3	GC-4	
Controlado	2	1	2	1	2	1	2	1	12
Parcialmente controlado	3	5	4	6	3	5	4	6	36
No controlado	3	4	2	3	3	4	2	3	24
Total	8	10	8	10	8	10	8	10	72

Tabla 11: Distribución muestral según el tratamiento indicado.

TIPO TRATAMIENTO	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO LISTA DE ESPERA				TOT.
	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4	GC-1	GC-2	GC-3	GC-4	
No farmacológico	3	2	3	2	3	2	3	2	20
Farmacológico	5	8	5	8	5	8	5	8	52
Total	8	10	8	10	8	10	8	10	72

Tabla 12: Distribución muestral según edad:

EDAD	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO LISTA DE ESPERA				TOT.
	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4	GC-1	GC-2	GC-3	GC-4	
20- 29 años	-		1	3	-		1	3	8
30-39 años	3	1	2	3	3	1	2	3	18
40- 49 años	4	2	3	2	4	2	3	2	22
50-60 años	1	4	2	2	1	4	2	2	18
Más de 60	-	3	-	-	-	3	-	-	6
Total	8	10	8	10	8	10	8	10	72

Tabla 13: Distribución muestral según sexo:

SEXO	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO LISTA DE ESPERA				TOTAL
	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4	GC-1	GC-2	GC-3	GC-4	
Femenino	2	7	8	4	2	7	8	4	42
Masculino	6	3	-	6	6	3	-	6	30
Total	8	10	8	10	8	10	8	10	72

Tabla 14: Distribución muestral según escolaridad:

ESCOLARIDAD	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO LISTA DE ESPERA				TOT.
	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4	GC-1	GC-2	GC-3	GC-4	
Primaria	-	1	1	1	-	1	1	1	6
Secundaria	1	3	2	2	1	3	2	2	16
Pre-Universitaria	-	3	2	2	-	3	2	2	14
Técnico Medio	4	-	2	2	4	-	2	2	16
Universitario	3	1	3	3	3	1	3	3	20
Total	8	10	8	10	8	10	8	10	72

Tabla 15: Distribución muestral según ocupación:

OCUPACION	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO LISTA DE ESPERA				TOT.
	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4	GC-1	GC-2	GC-3	GC-4	
Técnico	4	-	2	2	4	-	2	2	16
Obrero	1	4	3	3	1	4	3	3	22
Profesional	3	1	3	2	3	1	3	2	18
Sin vínculo laboral	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ama de casa	-	3	-	1	-	3	-	1	8
Total	8	10	8	10	8	10	8	10	72

2.3 Materiales e Instrumentos.

Las técnicas e instrumentos aplicados se ajustaron a las particularidades de las etapas del Programa. Por ello, preliminarmente, en la etapa correspondiente al diseño del programa, se empleó la Encuesta sobre Juicio de Profesionales y la Técnica de la Matriz DAFO. En la etapa correspondiente a la implementación y evaluación del Programa se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos:

- Revisión del protocolo de pesquijaje temprano de HTA.
- Entrevista al médico.
- Entrevista psicológica al paciente.
- Entrevista Clínica al paciente.
- Autorreporte vivencial
- Test de Zung y Conde.
- Prueba de Ansiedad rasgo y estado (IDARE)
- Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad (ISRA-B).
- Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI-2)
- Modelo de Registro de los indicadores fisiológicos.
- Observación participante.

Descripción de las Técnicas empleadas:

- Encuesta sobre Juicio de profesionales: Se aplicó con el objetivo de conocer elementos relacionados con la atención que actualmente se está brindando a los pacientes hipertensos en las instituciones de salud, así como la necesidad de un Programa de autocontrol emocional y las exigencias que el mismo debía cumplir. Se diseñó una encuesta conformada por 6 preguntas elaboradas con formato semi - estructurado y abierto (Anexo 8). Su evaluación se realizó de manera cualitativa y sus resultados fueron tomados en consideración al elaborar el diseño del programa.
- Técnica de la Matriz DAFO: Esta técnica ha sido muy empleada en el área de la Gerencia, la Epidemiología y la Psicología Empresarial, entre otros campos. Su utilización en la investigación persiguió como objetivo obtener una valoración del Programa diseñado por parte de los profesionales de salud, que serían los usuarios fundamentales del mismo. Inicialmente se presentó a los profesionales el Programa diseñado y con posterioridad mediante el análisis grupal se recogieron en el pizarrón los criterios en los cuatro cuadrantes: oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades. Su análisis se realizó valorando cualitativamente el contenido de los criterios ofrecidos, y cuantitativamente mediante el análisis porcentual de la frecuencia de los mismos. (Anexo 9).
- *Observación participante*: Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta; que tiene la ventaja de ser una técnica no instructiva, en la que el observador se involucra en el contexto de la observación. Se utiliza como técnica directa que permite registrar las producciones individuales y grupales a partir de las categorías de registro planteados (Anexo 10).
- *Revisión del protocolo de pesquiasaje de HTA*: Este es un protocolo que se aplica a los pacientes que llegan a la consulta de hipertensión. En él se contemplan los datos personales y los resultados de los exámenes complementarios de cada paciente y se utiliza como guía para llegar al diagnóstico de hipertensión arterial (Anexo 11). En la presente investigación dicho protocolo se revisó con el objetivo de confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial esencial de los sujetos de la muestra y conocer su tipo de HTA y el tratamiento indicado.

- *Entrevista al médico:* Es una entrevista semi - estructurada que se realizó al médico de familia con el objetivo de corroborar algunos elementos relacionados con la enfermedad tales como el grado de Hipertensión, el nivel de control y el tratamiento indicado. Es importante además para coordinar que, en caso de cambios en el tratamiento antihipertensivo, estos le sean comunicados al psicólogo (Ver Manual del Programa).
- *Entrevista psicológica al paciente:* Su realización tenía como objetivo evaluar algunos indicadores del funcionamiento emocional del paciente, así como sus expectativas y motivaciones con el Programa. Se empleó una entrevista semi - estructurada que fue aplicada antes, durante y después de la implementación del Programa. Además se realizó sistemáticamente con el objetivo de conocer la evolución del paciente durante el Programa (Ver Anexo 1 del Manual del Programa).
- *Entrevista clínica sobre la HTA:* Constituye una entrevista estructurada que ha sido elaborada por la autora de la investigación con el objetivo de evaluar algunas variables relacionadas con la enfermedad, para lo cual ha sido estructurada en tres partes (Ver Anexo 2 del Manual del Programa). La Parte I se dirige a evaluar el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre la Hipertensión Arterial, mediante 15 ítems de diversa estructuración que el sujeto deberá contestar de acuerdo a las opciones de cada una de las preguntas. La parte II dirigida a evaluar los factores de riesgo, consta de 25 ítems. La parte III se dirige a evaluar la adherencia terapéutica del paciente al tratamiento antihipertensivo indicado por su especialista y consta de 15 ítems. La evaluación de estas variables reviste importancia no sólo desde el punto de vista del diseño de la estrategia preventiva, sino para evaluar el efecto del Programa en estos indicadores que constituyen objetivos específicos del mismo. Su evaluación se realiza de forma cualitativa.
- *Autorreporte vivencial:* Esta prueba fue elaborada por Jorge Grau Abalo y su aplicación se hizo para evaluar con qué grado o nivel de profundidad los sujetos experimentan un conjunto de 15 vivencias negativas que se le presentan en una tabla. El sujeto debe evaluar cada uno de los términos de acuerdo con el grado o nivel de profundidad con que él los experimenta y para lo cual se le presentan tres categorías en distintos niveles, que son: escasamente, moderadamente e intensamente (Ver Anexo 3 del Manual del Programa). El análisis se realiza de forma cualitativa.

- *Test de Zung y Conde: Esta prueba lleva los nombres de sus autores (Conde 1969). Ha sido validado para nuestra población en el marco de la presente investigación (Molerio, Nieves, Otero, Casas, 2004) con el objetivo de determinar el nivel de depresión de los pacientes. En sus procedimientos se le ofrecen al sujeto un conjunto de 20 frases que expresan diversas vivencias depresivas y se le pide marque con una cruz la frecuencia con que experimenta cada una de ellas de acuerdo a 4 escalas: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre (Ver Anexo 4 del Manual del Programa). La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a los ítems positivos y negativos según la pauta de calificación de la prueba y los resultados se llevan a la siguiente escala:*

- *De 20-30 puntos: Síntomas situacionales depresivos.*
- *De 34-56 puntos: Distimia depresiva (moderada).*
- *De 57-80 puntos: Severa distimia depresiva*

- *Prueba de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE): Esta técnica es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975), persigue como objetivo evaluar dos dimensiones distintas de ansiedad: la ansiedad como rasgo y la ansiedad estado en sujetos adultos normales. En nuestra investigación empleamos la variante de modificada por J. Grau, M. Martín y B. Castellanos (1986), constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales (Ver Anexo 5 del Manual del Programa). Esta prueba consta de un total de cuarenta expresiones que los sujetos usan para describirse, veinte reactivos miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y otros veinte reactivos, la ansiedad personal (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.*

La calificación cuantitativa de la prueba se realiza teniendo en cuenta cuáles son los reactivos directos o positivos (RP) e invertidos o negativos (RN) para cada una de las escalas. La puntuación cada una de las escalas se calcula mediante las fórmulas de corrección correspondientes ($AE = \sum RP - \sum RN + 50$ y $AR = \sum RP - \sum RN + 35$). Una vez obtenida la puntuación requerida se lleva a la siguiente escala categorial:

- Baja: menos de 30 puntos.
 - Media: 30-44 puntos.
 - Alta: más de 44 puntos.
- *Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad (ISRA - B)*: Ha sido elaborado en España por Miguel Tobal y Cano Vindel, (1986, 1988) y posteriormente reformulado por los propios autores en una versión reducida: el ISRA-B. Recientemente ha sido validado en nuestro país por la autora de este trabajo para los efectos de la presente investigación (Molerio, Nieves, Otero, Casas, 2004) con el objetivo de obtener mayor precisión sobre los sistemas de respuesta de ansiedad más afectados y el tipo de situaciones generadoras de ansiedad. El ISRA-B es un Inventario con formato Situación- Respuesta (S-R), basado en el modelo interactivo de Endler et al., (1978) y en el modelo tridimensional de Lang (1968) Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas de ansiedad para lo cual se le dan 5 opciones de respuestas (de 0 a 4, donde 0 representa Casi Nunca y 4 Casi siempre). Por medio del ISRA obtenemos puntuaciones en 8 escalas. Las tres primeras corresponden a los tres componentes de la respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: reactividad cognitiva, fisiológica y motor. La cuarta medida es el Rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente, las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana (Ver anexo 6 del Manual del Programa)
 - *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI - 2)*: El State-Trait Anger Expresión Inventory 2 (Spielberger, 1999) permite medir además del estado y el rasgo de ira, las distintas facetas de la expresión de la ira. Posteriormente, fue validado en su versión española por Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger (2001) y recientemente validado para la población cubana por la autora de la presente investigación, atendiendo a la ausencia en nuestro medio de un instrumento para la evaluación de la ira (Molerio, Nieves, Otero, Casas, 2004). El STAXI - 2 consta de 49 ítems distribuidos en las siguientes escalas: Ira - Estado, que consta de tres sub - escalas: sentimiento, expresión verbal y expresión física; Ira - Rasgo, que posee dos sub - escalas: temperamento de ira y reacción de ira. Además consta de sub - escalas de expresión

interna, expresión externa de ira, control interno de ira, control externo de ira. También la prueba cuenta con un Índice de Expresión de la ira (Ver Anexo 7 del Manual del Programa).

- *Registro de los Indicadores Fisiológicos*: Es un Modelo que ha sido confeccionado por la autora del trabajo, constituye un gráfico de ejes X - Y. En el eje de las X aparece el número de la sesión en la cual se realiza la medición y en el eje Y se reflejan los valores tomados por cada indicador al realizar la medición. A cada uno de los indicadores (PAS, PAD y FC) se le ha asignado un color (Ver Anexo 8 del Manual del Programa). En la segunda sesión se le entrega este Modelo a los pacientes, se les explica y se les pide que lo traigan a cada sesión de manera que se va obteniendo como resultado un gráfico sobre la tendencia de los valores clínicos en la medida que avanzan las sesiones. El valor del modelo no sólo es informativo sino, que contribuye a que el paciente tome mayor conciencia de su evolución.

Descripción del Instrumento de medición de la PA:

- *Esfigmomanómetro digital automático de pulso (ARTSANA BS500)* el cual se basa en el método oscilométrico para medir la PA. Este aparato de muñeca es fácil de usar y su gran display muestra la tensión sistólica, diastólica y la frecuencia del pulso, bien visibles al finalizar cada lectura. *“Los valores de la tensión expresados por BS500 equivalen a los efectuados por un observador experto con un esfigmomanómetro, con el clásico sistema del brazal/estetoscopio, según los límites indicados por la American National Standard, Electronics or Automated Sphygmomanometers (Norma Nacional Americana. Esfigmomanómetros electrónicos o automatizados).”* (Manual PIC Indolor Diagnostic). Para la medición de la PA respetamos los procedimientos establecidos por el Programa Nacional Cubano de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial (1998). Para el caso del medidor automático de tensión arterial hay que realizar una serie de procedimientos que responden a la especificidad del equipo, que difieren de las usadas con un esfigmomanómetro convencional (Manual Pic Indolor Diagnostic).

2.4 Procedimientos:

Como parte del proceso de validación del ISRA-B, el STAXI-2 y el Test de Zung y Conde, fue necesario aplicar además el IDARE y el Autorreporte Vivencial, realizándose en dos sesiones según la disponibilidad de tiempo de los sujetos.

La realización de la Encuesta a profesionales se llevó a cabo individualmente mientras que la Técnica de la Matriz Dafo se aplicó a los mismos profesionales en una sesión grupal.

El estudio exploratorio descriptivo se desarrolló en tres sesiones de trabajo en locales con adecuadas condiciones de ambientación y privacidad. En la primera sesión luego de la revisión del protocolo de Pezquizaje de HTA, se realizó una entrevista semi - estructurada al paciente, así como la aplicación del Autorreporte Vivencial. En la segunda sesión se aplicó el Test de Zung y el IDARE. Mientras que en la sesión final se realizó la aplicación del ISRA-B y el STAXI-2. Posteriormente, cada una de las pruebas fue calificada de acuerdo a los criterios establecidos en cada caso. Los resultados obtenidos fueron tomados en consideración al diseñar el Programa.

Finalmente para la aplicación del diseño cuasi - experimental se tuvieron en cuenta las fases establecidas por el Programa diseñado:

Fase I: Evaluación pre-experimental:

Esta fase tuvo como objetivos la evaluación clínico- psicológica de los pacientes. Para ello se aplicaron las pruebas diagnósticas mencionadas en el apartado de materiales. La aplicación de los instrumentos psicológicos y fisiológicos se realizó de manera individual durante 3 sesiones de trabajo con una frecuencia semanal. Los resultados diagnósticos fueron valorados y discutidos en el equipo terapéutico conformado por los dos profesionales (Ver Manual del Programa).

Uno de los objetivos fundamentales de esta etapa era la elaboración de una línea base de las medidas de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, que serían tomadas como referencia para valorar el impacto clínico de los resultados. Las mediciones de la PA y la FC en la clínica y las mediciones domiciliarias fueron realizadas por el psicólogo con el mismo esfigmomanómetro automático. En todos los casos se empleó el mismo esfigmomanómetro automático y se cumplieron estrictamente las recomendaciones de la OMS y el Programa Nacional de HTA en Cuba.

Fase II: Implementación del Programa de Autocontrol Emocional

Correspondió a la aplicación del *Programa de Autocontrol Emocional*, el cual se aplicó de manera grupal en 5 semanas distribuidas en 10 sesiones, en dos frecuencias semanales

de 90 minutos de duración cada una. Las sesiones se llevaron a cabo en locales con adecuadas condiciones de privacidad, iluminación y ventilación.

La aplicación del programa se realizó en 4 subgrupos cuya conformación osciló entre 8 y 10 pacientes. Desde el punto de vista metodológico comprendió técnicas informativas, cognitivo- conductuales, reflexivo-vivenciales (que constituyen el núcleo estratégico del programa) y técnicas de desactivación psicofisiológica (Ver Manual del Programa). Antes de iniciar cada una de las sesiones a los pacientes se les medía su PA y FC, conformándose de esta manera otra línea base que permitiría una evaluación del caso desde el punto de vista clínico. Al concluir cada sesión se realizaba una valoración de la misma, así como el análisis evolutivo de cada paciente desde el punto de vista psicológico, según la pauta diseñada para tales efectos.

Fase III: Evaluación post- experimental:

- Al finalizar el tratamiento: Se llevó a cabo al concluir la última semana de tratamiento para evaluar el impacto clínico y psicológico del programa en los pacientes, utilizando una batería de pruebas similar a la empleada en la fase inicial
- Dos meses después del tratamiento: En la actualidad se le concede gran importancia a la estabilidad de los resultados de los programas de control de la PA, es por ello que decidimos realizar una última evaluación dos meses después de la culminación del Programa. Los pacientes tenían conocimiento de que serían citados con este objetivo, por lo que se les pasó un recordatorio y se le realizaron nuevamente 3 mediciones de la PA y la FC en diferentes momentos y contextos.

2.5. Análisis de los datos.

El análisis de los datos obtenidos en la investigación se llevó a cabo dentro de los siguientes apartados:

Análisis individual de los efectos del tratamiento.

Se realiza un estudio evolutivo de cada paciente utilizando la metodología de estudio de caso con el propósito de demostrar que las modificaciones en las variables psicológicas dependientes declaradas se asociaban a los cambios en los indicadores fisiológicos

considerados. Su valoración se realiza de forma cualitativa tomando en consideración la integración y triangulación de los resultados obtenidos a través de las diferentes técnicas.

Análisis grupal de los datos:

- Datos demográficos.

Son los datos relativos a la edad, sexo, color de la piel, escolaridad, ocupación y zona de residencia. El tratamiento estadístico se ocupó del análisis descriptivo de estos datos y de la comparación entre los grupos con el objetivo de garantizar que no existieran diferencias significativas de estas variables entre los grupos estudiados al iniciar el tratamiento.

- Datos sobre los factores de riesgo.

Se incluyen en este apartado los datos de las variables de control: peso, consumo de alcohol, tabaco, café, hábitos dietéticos, práctica de ejercicio físico. Además se valora el tratamiento hipotensor y la adherencia terapéutica. Desde el punto de vista estadístico se realizó un análisis descriptivo de los datos, realizándose comparaciones entre los grupos, con el objetivo de garantizar que grupos muestrales tuvieran un comportamiento similar en cuanto a estas variables y evitar de esta manera sesgos.

- Datos sobre variables psicológicas.

Se realizó un análisis estadístico de los datos, pre- post, post- seguimiento y pre- seguimiento con el objetivo de constatar si se producen cambios intra - grupo e inter sub - grupos muestrales bajo el efecto del Programa de Autocontrol Emocional en las variables psicológicas dependientes. De igual manera se realizó un análisis evolutivo de cada grupo para identificar las tendencias bajo los efectos del Programa.

- Datos sobre las variables fisiológicas:

En este caso se llevó a cabo un análisis de la PAS, PAD, PP y la FC tomando como referencia las puntuaciones pre- tratamiento. Las comparaciones se realizaron con los datos pre- post, post- seguimiento y pre- seguimiento.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Los resultados obtenidos fueron analizados cualitativa y cuantitativamente tomando en cuenta los objetivos de la investigación. Desde el punto de vista cuantitativo el análisis estadístico se realizó mediante un conjunto de estadígrafos contenidos en el paquete SPSS versión 11.0. Inicialmente se realizó el procedimiento para probar la normalidad de los datos, comprobándose que no siguen una distribución normal, por lo que se decidió emplear técnicas no paramétricas. Dentro de ellas destacamos:

Tabla 16. Pruebas estadísticas aplicadas en el análisis de los resultados.

Pruebas estadísticas	Objetivo
Alpha de Cronbach	<ul style="list-style-type: none">• Es una medida de confiabilidad que se utilizó para analizar las correlaciones entre las diferentes sub-escalas de los instrumentos a validar.
Prueba U de Mann Whitney	<ul style="list-style-type: none">• Es una prueba no paramétrica que se utiliza para comparar grupos independientes, en particular al comparar el grupo de estudio y su grupo testigo y para comparar los sub-grupos experimentales y los sub-grupos de Lista de Espera.
Prueba de Wicolxon.	<ul style="list-style-type: none">• Prueba no paramétrica que se utiliza para comparar muestras relacionadas, en particular para comparar los grupos consigo mismos antes y después de la aplicación del Programa.
Tau_b de Kendall	<ul style="list-style-type: none">• Prueba no paramétrica que se empleó para evaluar las correlaciones entre las diferentes variables estudiadas.
Análisis Discriminante	<ul style="list-style-type: none">• Con el objetivo de Identificar las variables que más discriminan al grupo de Estudio y al Grupo Testigo.
Regresión Lineal Múltiple	<ul style="list-style-type: none">• Para valorar la posible dependencia entre las modificaciones producidas en las variables psicológicas y las variables fisiológicas.

El análisis de los resultados se organizó de acuerdo a las etapas establecidas en el capítulo metodológico para la evaluación del Programa:

- Evaluación de las necesidades del Programa.
- Evaluación del diseño del Programa de Autocontrol Emocional.
- Evaluación del progreso del Programa de Autocontrol Emocional.
- Evaluación de los resultados del Programa de Autocontrol Emocional
- Evaluación del impacto del Programa.

3.1 La evaluación de necesidades.

Validación de los instrumentos.

La revisión actualizada del estado actual del estudio de las emociones desde el punto de vista teórico y metodológico, particularmente en el campo de la hipertensión arterial esencial, nos condujo a la necesidad de validar tres nuevos instrumentos para evaluar las emociones de ira, ansiedad y depresión, nos referimos al STAXI-2, el ISRA-B y el Test de Zung y Conde (tarea científica 2). El primero de ellos resultaba imprescindible para los fines de la investigación, dada la carencia de instrumentos en nuestro medio para evaluar la ira. El ISRA-B podría aportar información valiosa a los efectos de describir los sistemas de respuesta emocional afectados y además permitiría valorar con mayor precisión los resultados terapéuticos obtenidos. Por su parte, el Test de Zung y Conde, a pesar de ser un instrumento muy empleado en nuestro medio, dada su utilidad, requería ser sometido a un proceso de validación que permitiera su empleo en la investigación.

De manera preliminar el proceso de validación se inició evaluando el juicio de profesionales sobre las pruebas; de acuerdo a sus sugerencias se realizaron las correcciones necesarias a algunos ítems por contener términos cuyo uso no es frecuente en nuestro medio. Posteriormente se aplicaron los instrumentos (descritos en el capítulo 2) a una muestra de 500 personas. Los resultados obtenidos se procesaron estadísticamente con el objetivo de evaluar la validez concurrente, la confiabilidad y la consistencia interna, bajo el supuesto de su validez teórica, de constructo, en investigaciones de autores precedentes.

Como parte del proceso de validación del STAXI-2 se evaluó su validez concurrente. En este caso, al no existir en nuestro medio un cuestionario estandarizado para evaluar la ira que sirviera como referencia comparativa, se analizó su validez concurrente con las vivencias relacionadas con la emoción de ira en el Autorreporte Vivencial (ira, irritabilidad, desprecio y rechazo). Los resultados arrojados por la prueba Tau_b de Kendall mostraron una correlación altamente significativa en todos los casos ($p < 0.05$) (Anexo 12). Además se calculó la fiabilidad de cada una de las sub - escalas utilizando el método de test - retest. Para ello se aplicó la prueba por segunda vez a todos los grupos, dos meses después de la primera aplicación. Los resultados obtenidos al aplicar la prueba de Wilcoxon arrojaron diferencias significativas en dos de las sub - escalas del estado de ira,

lo cual era un resultado a esperar, pues se conoce que los estados emocionales no son estáticos y pueden variar en función de variables personales y contextuales. Sin embargo, en el resto de las sub - escalas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual permite reconocer la confiabilidad de la prueba evaluada (Anexo 12).

De igual manera, se calculó la consistencia interna de sus sub - escalas mediante el coeficiente “Alfha de Cronbach”, obteniéndose valores por encima de 0.900 en todos los casos con excepción de la sub - escala sentimiento de ira ($p = 0.247$), pero incluso tampoco en ella se aprecian diferencias estadísticamente significativas, lo que avala la consistencia interna de la prueba (Anexo 12).

El proceso de validación del Test de Zung y Conde se realizó tomando en consideración los mismos requisitos metodológicos. En este caso, al someterlo al juicio de profesionales se pudo constatar un criterio favorable sobre el mismo, destacando su simplicidad y utilidad práctica. No hubo sugerencias de modificar ningún ítem por lo que se mantuvo la versión propuesta por Conde (1989). La validez concurrente de este instrumento se realizó a partir de la correlación de sus resultados con los obtenidos en las diferentes vivencias relacionados con la depresión que aparecen en el Autorreporte Vivencial (tristeza, apatía, sufrimiento, abatimiento, angustia y desprecio). Se aplicó la prueba Tau_b de Kendall observándose correlaciones significativas en todos los casos. Las correlaciones más altas se constataron en las vivencias de sufrimiento, angustia y tristeza. (Anexo 13). De igual manera se constató la consistencia interna mediante el coeficiente “Alfha de Cronbach” a partir del puntaje total y del análisis por los niveles de depresión establecidos por la prueba, siendo $p = 0.7949$ y $p = 0.8547$ respectivamente. Los elementos presentados avalan la validez concurrente y la consistencia de la técnica. Actualmente se trabaja en su evaluación test - retest como parte del proceso para avalar su fiabilidad.

En el ISRA- B se aplicó la técnica Tau_b de Kendall para evaluar la validez concurrente entre las sub-escalas de ansiedad - rasgo de ambas pruebas, así como entre las sub-escalas de ansiedad estado del IDARE y la de Total de Situaciones de Ansiedad del ISRA- B, obteniéndose una correlación altamente significativa ($p = 0.000$ respectivamente) que evidenció la existencia de validez concurrente. Se calculó la validez interna de las sub-escalas mediante la aplicación del coeficiente “Alfha de Cronbach”, que arrojó valores por encima de 0.900 en todos los casos, lo que avala una alta consistencia interna.

(Anexo 14). El análisis de la confiabilidad se calculó evaluando la fiabilidad test-retest mediante la prueba de Wilcoxon. En este caso no se obtuvieron diferencias significativas en los resultados de ninguna de las sub-escalas a los dos meses de aplicado el instrumento, con excepción de la sub - escala de relaciones interpersonales (Anexo 14).

De esta manera se concluyó el proceso de validación de los tres instrumentos, lo cual permitió incorporarlos en el sistema de pruebas diagnósticas que se empleó en la investigación. Otros datos relacionados con el proceso de validación pueden ser consultados en los Manuales que han sido elaborados para las pruebas como resultado de su adaptación a la población cubana (Molerio, Nieves, Otero y Casas, 2004)

Estudio exploratorio descriptivo.

Realizar la evaluación de las necesidades de un Programa supone tomar en consideración las necesidades manifiestas, así como las necesidades sentidas, tanto desde la perspectiva de los usuarios como desde la perspectiva de los beneficiarios.

Atendiendo a estas razones, se realizó una caracterización del funcionamiento emocional de los pacientes con HTA esencial para lo cual se llevó a cabo un estudio exploratorio-descriptivo en el que se comparó el funcionamiento emocional de un grupo de 150 pacientes hipertensos esenciales (Grupo experimental) y un grupo de 150 sujetos supuestamente sanos (Grupo testigo). En este caso, la hipótesis estadística planteada fue:

Ho: Existen diferencias significativas en los resultados de los indicadores del funcionamiento emocional de los pacientes pertenecientes al grupo experimental y de los sujetos del grupo de testigo

H1: No existen diferencias significativas en los resultados de los indicadores del funcionamiento emocional de los pacientes del grupo experimental y los sujetos del grupo testigo.

Inicialmente se realizó una entrevista psicológica semi - estructurada a los pacientes y sujetos que conformaron la muestra de este estudio (Ver Anexo 1 del Manual del Programa), con el objetivo de obtener información sobre algunos aspectos relacionados con su funcionamiento emocional. Los datos fundamentales que se obtuvieron en la misma se reflejan en la tabla siguiente:

Tabla 17: Resultados de los indicadores evaluados en la entrevista semi - estructurada.

Indicadores	Grupo de Estudio %	Grupo Testigo %
Presencia de eventos vitales	7.33	9.33
Presencia de estrés cotidiano	92	88,66
Predominio del empleo del afrontamiento centrado en el problema	82	58
Predominio del empleo del afrontamiento centrado en la emoción	18	42
Predominio de vivencias positivas	28	66
Predominio de vivencias negativas	72	34
Expresión abierta de afecto y emociones	50	76
Represión de la respuesta emocional	50	24
Percepción de control de su estado emocional	45.33	80.66
Antecedentes de alteraciones psíquicas que hayan requerido tratamiento	15.33	8
Consumo eventual de psicofármacos	44	19.33

Como puede apreciarse, al explorar las particularidades del funcionamiento emocional en los pacientes hipertensos se constata que el 92 % de los pacientes refirieron sentirse estresados por situaciones cotidianas, mientras que en solo 10 pacientes las causas se relacionaban con eventos vitales que habían adquirido una significación especial para los mismos (4 por divorcio, 3 por la separación de sus hijos, 1 por muerte de un familiar cercano y 2 por encontrarse en proceso de jubilación). Al indagar sobre las estrategias de afrontamiento más empleadas, hubo un predominio de estrategias centradas en el problema (82%), dentro de las cuales, la planificación y la confrontación fueron predominantes.

Al explorar su funcionamiento emocional actual, el 68,66% de los pacientes hizo referencia inmediata a vivencias emocionales de carácter negativo, entre las que se destacó la ansiedad; sin embargo al profundizar de manera directa en las vivencias positivas un

número importante de ellos (60.66%) reconoce emociones como alegría, satisfacción y orgullo. Lo anterior es indicador de un bajo nivel de autoconciencia emocional en estos pacientes con tendencia a polarizar sus vivencias emocionales enfatizando en el displacer más que en las vivencias positivas, como puede apreciarse en la frase de JPP: *“...uno casi nunca menciona las emociones positivas, pues por lo general duran poco, en cambio las negativas nos molestan todo el tiempo”*. De igual manera apreciamos un bajo nivel de reconocimiento consciente de los significados personales que tienen las mismas, lo cual se expresa en su tendencia a identificar las situaciones generadoras de displacer por su significado de manera genérica, a pesar de que hay un bajo nivel de clarificación y elaboración de los significados personales que tienen las mismas, lo cual se refleja en las frases siguientes:

- MLB expresa: *“... en el trabajo todo me pone ansiosa, a veces no importa si tengo o no mucho trabajo, pues siempre tengo la sensación de que estoy atrasada”*
- CMP plantea *“... en realidad hay muchas cosas que me hacen sentirme mal y que cuando lo pienso mejor, no tienen que ver directamente conmigo”*
- BSE reflexiona: *“... me ponen nerviosa las dificultades económicas que hay ahora mismo.... No sabría decirle qué es lo que más me preocupa..... aunque en realidad no debería sentirme así, pues a mi no me ha faltado nada, creo que me preocupó demasiado por el futuro”*

En nuestra opinión este bajo nivel de concientización de los significados personales de las situaciones estresantes pudiera estar relacionado con la tendencia a responder indiferenciadamente con respuestas ansiosas que ha sido descrito en la literatura al definir la ansiedad - rasgo (Spielberger, 1991; Grau y Mas, 1989).

Por otro lado, se constató el predominio de un estilo represivo en el 50% de los pacientes, expresado en la tendencia a suprimir sus emociones, fundamentalmente en relación con la ira. Al respecto ACG señala *“... imagínese, hay tantas cosas que me molestan, pero uno no puede pasarse la vida discutiendo con los demás”* mientras que TPR dice *“a veces tengo tanta rabia por dentro que pienso que voy a explotar... ¡cómo no me va a subir la presión!”. Sin embargo también reconocen dificultades al expresar verbalmente emociones positivas a los demás y hacia sí mismo, como señala BRS: “... reconozco que a veces me cuesta expresar mis emociones, aunque sean positivas “*

Algunos pacientes se mostraban autorreferentes en cuanto a su capacidad de autocontrol emocional como es el caso de FLH: *“mis amigos me dicen que no saben como me las arreglo para mantenerme inmutable en cualquier tipo de situaciones”*. Sin embargo, un 45,33 % de los pacientes percibe que puede tener poco control sobre su funcionamiento emocional al considerar que está determinado más por las circunstancias de la vida que por decisiones personales, como plantea DMR: *“en la vida todos tenemos lo que nos toca, a unos el destino nos guarda mucha felicidad y a otros mucha tristeza”*. Ambos extremos pueden resultar dañinos para el bienestar emocional y la salud. En este sentido llama la atención el número de pacientes que han necesitado atención psicológica en algún momento de su vida adulta (15%), así como la tendencia a automedicarse con psicofármacos eventualmente (44%), para *“sedarse cuando se sienten alterados”*, como nos expresara CCG.

Por su parte en el grupo testigo el 88,66 % de los sujetos reconocen sentirse estresados por situaciones cotidianas y 14 sujetos (9.33%), se encontraban atravesando por algún tipo de evento vital en el momento de la investigación. A pesar de ello, el 66% de la muestra de este grupo refirió un funcionamiento emocional positivo, expresado en vivencias como placer y alegría, mientras que solo un 34 % refiere un funcionamiento emocional predominantemente negativo; pero a diferencia de los pacientes del grupo de estudio logran focalizar no solo las causas en término de situaciones, sino que identifican su significado personal y la repercusión que las mismas tiene en su vida. Un 76% describe un estilo emocional expresivo, aunque reconocen que en determinadas situaciones suelen reprimir la expresión de sus emociones en función de las circunstancias y el contexto. A diferencia del grupo de estudio el 80,66% de los sujetos sanos tienen mayor percepción de control de su funcionamiento emocional, lo cual pudiera estar relacionado con el hecho de que un menor número de sujetos (19.33%) recurran eventualmente al consumo de algún psicofármaco para controlarse.

En este sentido resulta ilustrativa la reflexión realizada por MFG: *“... claro que tenemos muchos contratiempos en el día a día que nos hacen sentirnos tensos, pero uno tiene que buscar alternativas para enfrentarlos.... Tampoco me dejo vencer por los obstáculos, hay que sacar energía e imponerse. Yo misma reconozco que hay días que me deprimó un poco, pero luego miro las cosas buenas pues tengo salud, mis hijos están estudiando,*

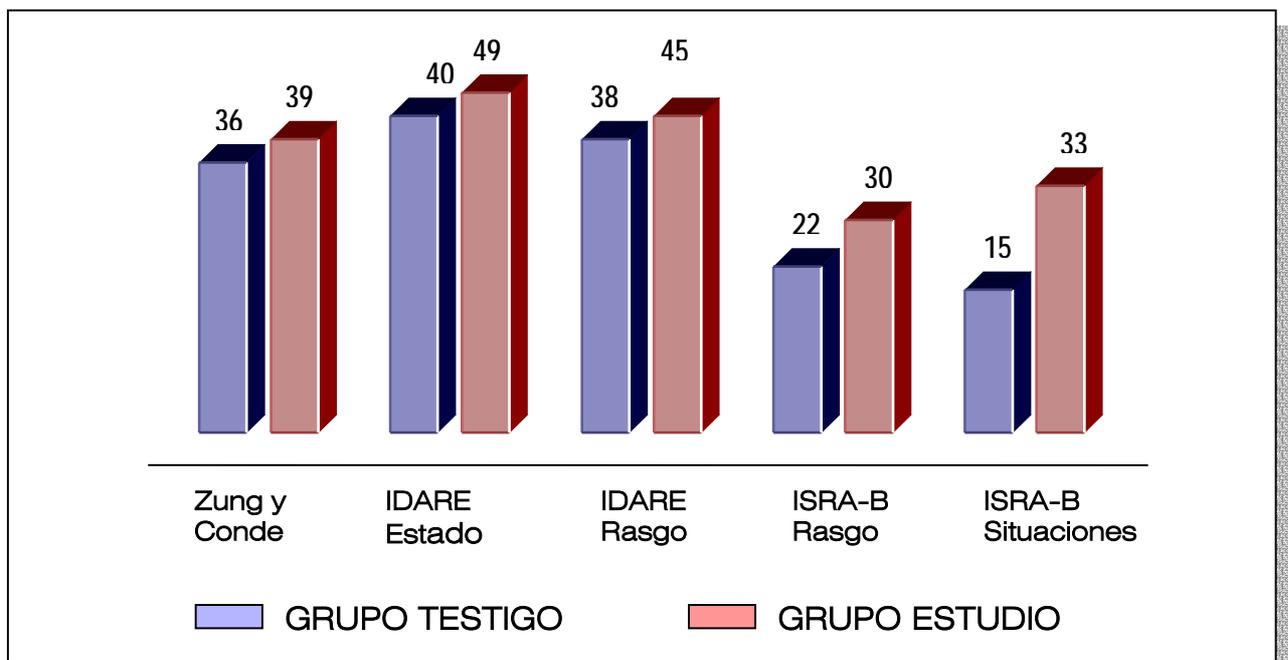
tengo un matrimonio con altas y bajas como todos, pero estamos unidos ... En fin, también hay cosas buenas y a esas también hay que darles valor...”

Por otro lado, los elementos obtenidos en la entrevista mostraron diferencias en los componentes del autocontrol emocional de ambos grupos y revelaron la presencia de dificultades en el control emocional de los pacientes hipertensos, lo cual se pudo corroborar a partir de las pruebas empleadas para evaluar sus estados emocionales.

Al analizar los resultados obtenidos en la prueba del Autorreporte Vivencial se observaron diferencias altamente significativas en cuanto a la intensidad con que los pacientes hipertensos experimentan las vivencias negativas evaluadas ($p = 0.000$), siendo las vivencias de ansiedad ($X = 2.31$), inquietud ($X = 2.15$), ira, ($X = 2.08$) e irritabilidad ($X = 1.79$) las que predominaron en el grupo de pacientes hipertensos mientras que en el grupo de sujetos sanos predominaron la ansiedad ($X = 2.05$), la inquietud ($X = 1.91$) y la tristeza ($X = 1.70$).

En el gráfico siguiente se presentan los resultados obtenidos al evaluar la ansiedad y la depresión mediante los instrumentos aplicados:

Gráfico 1. Resultados de los puntajes promedios obtenidos en la evaluación de la ansiedad y la depresión en el estudio exploratorio - descriptivo.



Al evaluar la depresión mediante la prueba de Zung y Conde se encontraron diferencias altamente significativas en ambos grupos ($p = 0.000$). En el grupo de estudio el 65% de los pacientes muestran una moderada distimia depresiva, el 31% síntomas situacionales depresivos y sólo un 3% una severa distimia depresiva. Mientras que en el grupo testigo el 50 % de los sujetos posee síntomas situacionales depresivos, un 49% se ubicaba en moderados niveles de depresión y sólo un sujeto presentó severa distimia depresiva. En todos los casos los sujetos que presentaron una severa distimia depresiva coincidían con estar atravesando en el momento de la investigación por un evento vital significativo que tenían como elemento común la vivencia de pérdida.

La ansiedad resultó ser otro estado emocional distintivo entre ambos grupos hipertensos (Anexo 15). Los resultados obtenidos mediante el IDARE arrojaron diferencias significativas en las escalas de ansiedad - estado ($p = 0.000$) y de ansiedad – rasgo ($p = 0.000$), siendo significativamente más intensos los niveles en el grupo de pacientes.

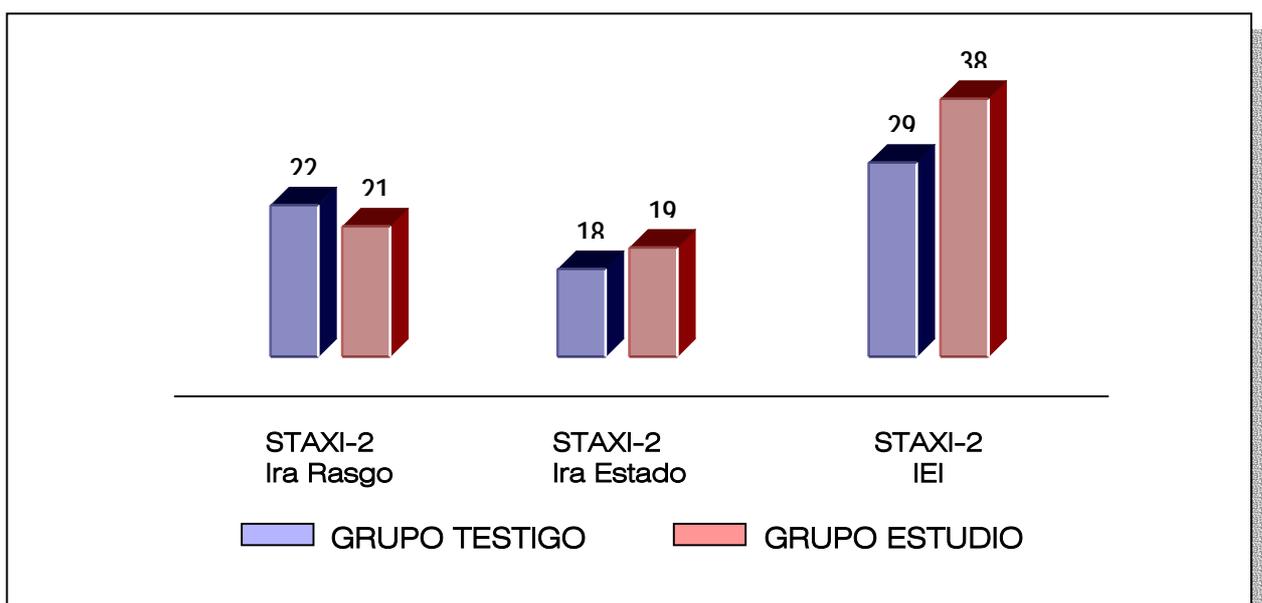
Por su parte en la Escala de Rasgo de Ansiedad del ISRA-B se encontraron diferencias entre ambos grupos, encontrándose que éstas son muy significativas fundamentalmente en las sub-escalas cognitiva ($p = 0.004$) y fisiológica ($p = 0.000$). En cambio no se encontraron diferencias significativas en la sub-escala motora. Al analizar aquellos ítems que obtuvieron puntajes más altos en cada una de las sub-escalas observamos que en la escala cognitiva fue el ítem 1 (*“me preocupo fácilmente”*), mientras que en la sub-escala fisiológica los ítems que se marcaron con mayor intensidad fueron el 11 (*“me duele la cabeza”*), el 13 (*“tengo palpitaciones, el corazón me late muy a prisa”*) y el 14 (*“me falta el aire y mi respiración es muy agitada”*). Este hallazgo resulta de gran valor para los fines de la investigación puesto que aunque se ha descrito que la HTA es una enfermedad asintomática, estos signos fisiológicos de la ansiedad han sido frecuentemente mencionados por los pacientes hipertensos cuando presentan cifras tensionales altas. En consecuencia, se consideró oportuno analizar comparativamente los resultados de la sub-escala fisiológica en el grupo de sujetos sanos, encontrando que en el grupo testigo los puntajes promedios eran muy inferiores a los del grupo de estudio. Los ítems que se evaluaron en los sujetos sanos con mayor intensidad fueron el ítem 8 (*“tengo molestias estomacales”*), el ítem 11 (*“me duele la cabeza”*) y el ítem 12 (*“mi cuerpo está en tensión”*).

Los resultados obtenidos muestran que en los pacientes hipertensos no solo tienen mayores niveles de ansiedad - rasgo y ansiedad – estado, sino que presentan una mayor activación en las respuestas cognitivas y fisiológicas asociadas a la ansiedad, las respuestas motoras se activan menos, lo cual pudiera estar relacionado con el fenómeno del fraccionamiento de la respuesta emocional descrito por Lang (1978). Se constata que, desde del punto de vista fisiológico, predomina en los pacientes hipertensos la activación del sistema cardiovascular, lo que se relaciona con la aparición de signos respiratorios y cardio-vasculares.

En la Escala de Situaciones de Ansiedad del ISRA-B, también se encontraron diferencias significativas ($p = 0.028$), siendo las sub-escalas de ansiedad en situaciones de evaluación y ansiedad en situaciones interpersonales aquellas que más diferenciaron ambos grupos ($p = 0.006$ y $p = 0.009$). (Anexo 15).

Los resultados derivados de la aplicación de la versión cubana del STAXI-2 arrojaron que la ira es otro estado emocional característico de los pacientes hipertensos. Al comparar ambos grupos en las diferentes escalas y sub-escalas del cuestionario se constató que no existen diferencias en cuanto a las escalas de rasgo de ira ($p = 0.119$) y estado de ira ($p = 0.326$), pero sí en el Índice de expresión de la ira (IEI) ($p = 0.000$) hipertensos (Anexo 15). En el gráfico siguiente se muestran los puntajes obtenidos:

Gráfico 2. Resultados comparativos de los puntajes promedios obtenidos en las escalas del STAXI -2 en el estudio exploratorio- descriptivo.



Dentro de los indicadores del IEI, encontramos diferencias medianamente significativas en la sub-escala de expresión interna ($p = 0.056$) y altamente significativas en la sub-escala de control interno ($p = 0.000$). Los resultados obtenidos son coincidentes con los hallados por Miguel Tobal y cols. (1993), quien ha señalado que los pacientes hipertensos no parecen mostrar una mayor tendencia que los normotensos a experimentar la ira pero presentan dificultades en su expresión y control interno.

Finalmente, se realizó el Análisis Discriminante de los datos mediante la prueba Lambda de Wilks, obteniéndose como resultado que a partir de los datos procedentes de las diferentes pruebas aplicadas el 83,3 % de los sujetos habían sido clasificados correctamente en su grupo. Además permitió precisar que las variables que más discriminan a ambos grupos son:

- Ansiedad estado.
- Control Interno de ira.
- Expresión interna de Ira.
- Índice de Expresión de la Ira.
- Ansiedad en situaciones interpersonales.
- Ansiedad de evaluación.

De esta manera, se constata la presencia de dificultades en el funcionamiento emocional de los pacientes hipertensos, que los distinguen de los sujetos sanos, siendo las vivencias de ansiedad e ira las que predominan en los pacientes del grupo de estudio y en menor medida la depresión. En relación con la ansiedad, son las situaciones interpersonales las que resultan más generadoras de ansiedad para los pacientes hipertensos y el sistema fisiológico y cognitivo los que más se activan. Mientras que en relación con la ira, también se evidenciaron dificultades en la expresión interna y control interno de la ira, lo que se relaciona con una tendencia a suprimir los sentimientos de ira cuando la experimentan. Tanto la ansiedad como la ira conllevan vigilancia y exploración del medio e implican activación del Sistema nervioso simpático (Smith, Ruiz y Uchino, 2000). A su vez la activación simpática media otras funciones orgánicas, como el sistema cardiovascular.

La presencia de estados emocionales negativos puede influir desfavorablemente en el curso y evolución de la enfermedad hipertensiva, de lo cual se deriva la necesidad de una

atención psicológica proyectada a estimular el autocontrol emocional mediante técnicas que propicien la desactivación cognitiva y fisiológica de los pacientes hipertensos y que estimulen reflexiones y vivencias sobre los significados personales relacionados con las situaciones generadoras de estas emociones.

Encuesta a profesionales.

Por otro lado, con el objetivo de evaluar las necesidades de un Programa para el Autocontrol Emocional desde la perspectiva de los usuarios, es decir, de los profesionales que llevarían a cabo su implementación en las unidades de salud, aplicamos una encuesta a 12 psicólogos procedentes de unidades de atención primaria encargados de la atención psicológica de los pacientes hipertensos.

Los resultados obtenidos en la Encuesta a profesionales (Anexo 9) permitieron constatar que el 100% de los encuestados reconocen el papel que juegan los factores psicológicos en la aparición y evolución de los trastornos hipertensivos. También señalan que existen dificultades en esta área, en tanto sólo un 25% refiere que en su institución se están llevando a cabo acciones de tipo terapéutico con los pacientes hipertensos, mientras que ninguno de los profesionales encuestados reconoce realizar acciones enfocadas a la prevención. En sentido general, el 66% de los encuestados valora de insuficiente el trabajo que actualmente se está realizando en la atención psicológica de estos pacientes, un 25 % de parcialmente insuficiente y sólo 1 psicólogo (4%) lo valora adecuadamente.

Al explorar sobre los factores que influyen en la calidad de la atención que se está brindando actualmente a los pacientes con HTA, el 100% mencionó la falta de tiempo por la sobrecarga laboral a que están sometidos así como la diversidad de tareas que enfrentan, un 66,66% aluden la falta de experiencia en el tratamiento de los pacientes hipertensos, el 50% menciona la falta de preparación para enfrentar esta tarea, así como las limitaciones de locales y recursos. El 91,66 % de los profesionales encuestados valora como muy útil y el 8,33% de útil la propuesta de un Programa para el Autocontrol Emocional de los pacientes hipertensos que sirva de guía metodológica para su quehacer en este campo.

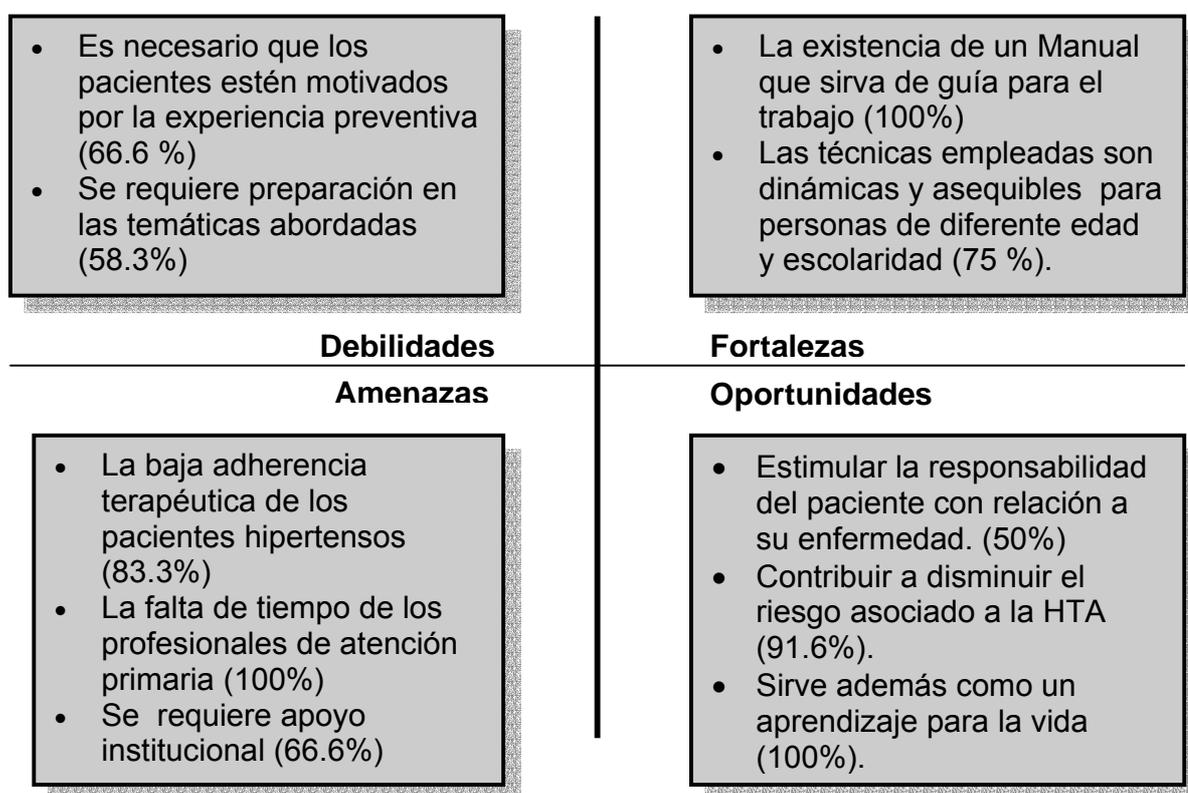
En cuanto a las características que debería reunir este Programa para garantizar la factibilidad de su aplicación el 100% de los profesionales señalaron que debía ser breve y

de aplicación grupal (por la falta de tiempo), el 100% señaló considerar los recursos materiales atendiendo a las limitaciones económicas. Un 66.66% sugiere que se brinde una capacitación previa sobre el tema de los determinantes psicológicos que influyen en la HTA, así como sobre las técnicas más empleadas en su tratamiento. Finalmente el 33,33% propone que sea lo más descriptivo posible de manera que pueda ser replicado.

3.2 Evaluación del diseño del Programa.

Tomando en consideración los criterios ofrecidos por los profesionales así como las experiencias previas tanto a nivel nacional como internacional se realizó el diseño del Programa de Autocontrol Emocional para pacientes con hipertensión arterial esencial (Ver Manual Anexo). Inicialmente se realizó un estudio piloto de la aplicación del Programa en el que se obtuvieron resultados favorables (Véase: Molerio, Bernal y Pérez, 2002). Como parte del proceso de su evaluación efectuamos un encuentro con los doce profesionales encuestados, a los que se les presentó la propuesta solicitando sus criterios. Se realizó una sesión de presentación del Programa seguido de una técnica grupal en la que se empleó la Matriz DAFO cuyos resultados se resumen en el gráfico siguiente

Gráfico 3. Resultados de la aplicación a los profesionales de la Técnica Matriz DAFO.



Una vez concluida la evaluación del diseño del Programa para el Autocontrol Emocional procedimos a la implementación del mismo en diferentes unidades de atención primaria de salud.

3.3 Evaluación del progreso del Programa.

La evaluación del progreso del Programa implica la evaluación del proceso que se estimula partir de su implementación en cada grupo en particular. Por ello se decidió realizar el análisis del progreso del Programa desde 3 perspectivas:

- Análisis de la implementación del programa
- Análisis de regularidades e incidencias por sesiones.
- Análisis de regularidades e incidencia por grupos.

3.3.1 Análisis de la implementación del Programa.

La implementación del programa se realizó en los 4 sub-grupos experimentales. Tomando en consideración la relevancia que tiene la influencia del terapeuta en los resultados de la aplicación de un programa grupal se decidió que la autora del Programa participara como terapeuta en tres ocasiones (Sub-grupos 1, 3 y 4), mientras que en una ocasión su aplicación fue llevada a cabo por una especialista de 5 años de experiencia profesional, que fue entrenada previamente para ello.

El Programa fue implementado de acuerdo a las etapas y actividades concebidas en su diseño original. En la etapa pre-experimental se logró un proceso de selección de los pacientes conjuntamente con el médico de familia o médico laboral. En el contacto previo se les explicó el objetivo de esta experiencia y las características que tendrían los encuentros, enfatizando su alcance preventivo. En el caso de los pacientes de los sub-grupos de lista de espera se les solicitó su colaboración comunicándoles que pasados dos meses, en dependencia de la disponibilidad asistencial, participarían de esta experiencia terapéutica. En todos los casos se contó con el consentimiento por escrito de los pacientes para incorporarse al Programa, los pacientes se vincularon voluntariamente a la experiencia de acuerdo a su motivación. No obstante en la primera sesión se “negociaron” nuevamente los objetivos del Programa de acuerdo a sus necesidades y expectativas. Al respecto MGP opinaba: “... como no aprovechar esta oportunidad si es la primera vez que la medicina se acerca a mi para cuidar mi problema de la hipertensión”.

Se logró un clima socio-psicológico favorable de confianza y respeto entre los miembros del grupo. Las relaciones de los terapeutas con los pacientes fueron distendidas, resultando esencial en el logro de los objetivos la combinación de su función orientadora y facilitadora, lo que permitió que se cumplieran los objetivos terapéuticos en un clima favorable.

La motivación por las actividades quedó expresada no sólo en la asistencia, cuyo promedio general fue de 95.23 %, sino también en la participación en cada una de las técnicas trabajadas en las sesiones, incrementándose paulatinamente la apertura a las intervenciones, así como la calidad de sus reflexiones y vivencias.

El interés por incorporar las técnicas y recursos abordados en su vida cotidiana se pudo constatar en su progresiva preocupación por dar cumplimiento a la práctica independiente de los ejercicios de relajación en el hogar y en las propias experiencias de transferencias de aprendizaje. En este sentido L,F quien se desempeña como secretaria, dice: *“... cada vez que me piden tres o cuatro trabajos a la vez, me desconecto, hago mis ejercicios de respiración y luego retomo mi trabajo”*

Si bien la concepción de trabajo en grupo favorece el compromiso y la motivación de los pacientes con el tratamiento, resultó determinante el trabajo individualizado dentro de la propia dinámica, pues la conducción de las técnicas de trabajo en grupo se realizaba a partir del diagnóstico inicial que se tenía de los pacientes. Ello permitió estimular la confrontación de sus experiencias y reflexiones personales. “Las confrontaciones con las emociones y las situaciones que las provocan son necesarias para que se de una visión interior y un cambio” (Lazarus, 2000, pp. 370).

3.3.2 Análisis de regularidades e incidencias del proceso por sesiones.

Sesión # 1:

En correspondencia con los objetivos de esta sesión se trabajó el conocimiento entre los miembros del grupo a través de la técnica de presentación en parejas. En el caso de los grupos 1 y 3 ya se conocían entre sí pues trabajaban juntos, por lo que la presentación en parejas se focalizó fundamentalmente hacia elementos relacionados con la enfermedad de cada paciente.

En la detección de expectativas se constató que los pacientes esperaban resultados que favorecerían la disposición del grupo por el tratamiento a realizar, lo que quedó reflejado en frases como: *“espero controlar mi enfermedad”, “aprender técnicas para controlar el estrés”, “mejorar mi salud”*. Otros pacientes expresaron elementos referidos al funcionamiento de las sesiones: *“espero que sea motivante”, “me gustaría que fuera dinámico y participativo”*.

Con el establecimiento de normas los grupos definieron sus principios organizativos y de funcionamiento acordando el horario de las sesiones y definiendo como norma el respeto a los criterios y opiniones de cada uno. Nuevamente los sub-grupos 1 y 3 muestran elementos distintivos al enfatizar la confidencialidad de los temas, ejemplos y experiencias contadas durante las sesiones.

En la técnica *“Mitos y realidades sobre la HTA”* se constató que los pacientes tenían creencias erróneas con relación a la misma, fundamentalmente en cuanto a su consideración de que su hipertensión era emocional, lográndose que comprendieran que se es o no hipertenso independientemente de que en unos casos la presión alta se asocie con más frecuencia a situaciones tensionantes. En el caso específico de los hombres varios pacientes aseguraban que el alcohol tiene un efecto hipotensor, por lo que fue necesario aclarar este aspecto. Un elemento que a todos los pacientes les resultó muy novedoso fue conocer sobre el aumento matutino de la PA.

En esencia, se logró que los pacientes incrementaran el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, mostrando interés por aclarar algunas dudas sobre su caso en particular. Se propició una dinámica interactiva con el médico de familia o laboral, los terapeutas y los pacientes que facilitó el cumplimiento del objetivo de la sesión. La proyección posterior del video educativo *“Cumple tu tratamiento. Controla tu presión arterial”* resultó muy ilustrativa y convincente con relación del riesgo asociado a la HTA. La lectura del tríptico 1 se orientó como una tarea independiente para reforzar los conocimientos obtenidos.

En nuestra opinión esta sesión resultó determinante en la adecuación de la percepción de riesgo del paciente, sensibilizándoles con la necesidad del autocontrol emocional y favoreciendo su motivación por el Programa. Lo anterior se ve reflejado en frases al terminar la sesión, tales como: *“resultó muy motivante”, “me ayudó a darme cuenta de*

que tengo que cuidarme más”, “fue bueno que nuestro médico estuviera hoy con nosotros” o en frases como la del paciente ONM del grupo 1: *“tengo que confesar que vine más que todo por curiosidad, pero creo que me va a servir de mucho”*.

Sesión # 2:

En la discusión inicial sobre el Tríptico 1 se comprueba que los pacientes lograron conocer más sobre las características de su enfermedad. Por su parte, en la técnica “Reconociendo mis factores de riesgo” mayoritariamente identificaban la palabra riesgo con “amenaza” y “peligro” lográndose que comprendieran qué papel juegan los factores de riesgo en la HTA y el propio riesgo que ella implica. Se logra que identifiquen los factores que son modificables de los que no lo son. Llama la atención la tendencia en todos los sub-grupos a reconocer el papel del estrés como factor de riesgo; sin embargo, la mayoría de los pacientes lo ubicaba como un factor no modificable, por lo que se hizo necesario hacer algunas aclaraciones que sirvieron de motivación para la sesión posterior.

Se logra redimensionar el papel que juega la persona en la determinación de asumir una u otra conducta de riesgo. Finalmente cada paciente se compromete con la modificación de al menos uno de estos factores, siendo el consumo de café y el estrés los más seleccionados, aunque en el caso de los grupos 1 y 4 también se destacó el consumo de alcohol, probablemente por el hecho de que en estos sub-grupos era mayor el número de bebedores. En aquellos pacientes en los cuales coexistía la HTA con la diabetes los pacientes se comprometieron con las modificaciones en la dieta alimentaria.

Al trabajar con el Modelo de Registro de indicadores fisiológicos fue necesario dar varios niveles de ayuda para garantizar la comprensión sobre cómo reflejar los datos en el mismo. En el grupo 2 se requirió dar una explicación más individualizada, lo que parece estar relacionado con el bajo nivel intelectual de los pacientes de este grupo. Al finalizar se transfirió a los pacientes la responsabilidad de llevar ellos mismos el registro, elemento éste que permitió fomentar su autorresponsabilidad con el control de sus cifras tensionales.

La realización de los ejercicios de respiración diafragmática resultó muy motivante para los pacientes, quienes lograron concentrarse en la respiración y lograr un buen nivel de relajación a pesar de ser su primera experiencia. Al concluir el ejercicio se les pidió que autoevaluaran el nivel de relajación conseguido en una escala de 1 a 5, la mayoría de los

pacientes se daban valores entre 4 y 5. Finalmente se les orientó su práctica sistemática como un entrenamiento inicial para comenzar con posterioridad con los Ejercicios de Relajación progresiva de Jacobson. Además se hizo entrega del Tríptico 2: “¿Cómo puedo controlar mi presión arterial?”, orientando su lectura para el hogar.

En el cierre, al solicitar que resumieran en una frase qué les aportó la sesión, señalaron criterios relacionados con el cumplimiento de los objetivos de la sesión en frases como: “responsabilidad”, “técnica para relajarme” y “relajación”, entre otras.

Sesión # 3:

Inicialmente se comprobó la comprensión de los conocimientos abordados en la sesión anterior a partir de la discusión del Tríptico 2. Los pacientes reconocieron estar practicando los ejercicios de respiración en diferentes horarios del día, así LFG refirió: “cada vez que siento que me voy alterando, desconecto un poco y practico los ejercicios.” La mayoría de los pacientes reconoció que el mejor horario es el de antes de acostarse.

Se les orientó a los pacientes que registraran en el Modelo sus cifras tensionales de acuerdo a las mediciones realizadas antes de la sesión, en aquellos casos en que surgieron dudas, recibieron la colaboración de los propios compañeros. Se constató que los pacientes comenzaban a establecer comparaciones con los registros anteriores, reconociendo en algunos casos la tendencia al control o al descontrol. Este proceso de retroalimentación de su evolución clínica fue fundamental como elemento reforzador de los logros en unos casos y, en otros, como revelador de la necesidad del tratamiento.

En la realización de la experiencia de la técnica “El elástico de mi vida” los pacientes se mostraron muy motivados, cumpliendo en dúos las orientaciones que se les daban oralmente. A partir de la situación planteada se logró que comprendieran la similitud entre lo que le ocurrió a los elásticos en cada caso en particular y lo que ocurre en nuestro cuerpo como consecuencia del estrés.

Se reflexiona acerca de las diferencias individuales en las respuestas de estrés a partir de las propias experiencias que los pacientes aportaban, identificando algunos elementos que mediatizan la respuesta del estrés como: “edad”, “estado de salud”, “características de personalidad”, entre otras.

De igual manera los pacientes identificaron algunas consecuencias del estrés dentro de las cuales las más mencionadas fueron: *“ansiedad”, “nerviosismo”, “mal genio”, “cansancio”, dolor de cabeza” y “ trastornos del sueño”*. En el caso del grupo 3 fueron muy mencionados además: *“problemas en las relaciones con los demás” y “disminución de la capacidad de rendimiento”*.

El análisis de la experiencia realizada derivó en el reconocimiento de la posibilidad de controlar la respuesta de estrés y sus consecuencias, introduciendo de esta manera el tema del afrontamiento como un elemento nuclear, destacando que sobre ese tema trataría la sesión posterior.

En esta sesión se introduce por vez primera la práctica de la relajación progresiva de Jacobson como un recurso útil para contrarrestar los efectos del estrés. Se dan las instrucciones iniciales y se inicia su primera etapa que se centra en la relajación de los músculos de la mano, el antebrazo y los bíceps. Al concluir el ejercicio los pacientes se mostraron muy complacidos con la sensación de relajación que experimentaron por lo que se les orientó su práctica sistemática en el hogar. Al finalizar valoraron que la sesión les había aportado *“tranquilidad”, “relajación”, “confianza”, “conocimiento del estrés”,* elementos estos que expresan el cumplimiento de los objetivos de la misma

Sesión # 4:

A partir del balance de los elementos abordados en la sesión anterior se introdujo el tema del afrontamiento que se abordaría a través de la técnica de *“Pepito estresado”*. Esta sesión resultó una de las más relajantes y distendidas en el Programa. Al solucionar la tarea planteada, los pacientes inicialmente reflexionaban de manera individualizada, pero en la medida que se ponían mayores obstáculos la tarea fue adquiriendo una connotación grupal.

Al concluir la técnica se reflexionó sobre la diversidad de estrategias empleadas por los miembros del grupo en la búsqueda de solución a la tarea planteada, algunos la abandonaron de inmediato, otros no desistieron en su empeño de buscar alternativas y ofrecieron respuestas como: *“busco un avión y monto la bicicleta”, “intento persuadir al guardia para que me deje pasar con mi bicicleta”, “llego a la casa de un amigo que vive cerca y le pido ayuda para guardar la bicicleta”*. Ningún paciente se detuvo a reflexionar

sobre lo absurda que podría resultar la tarea, replanteándose que Pepito cumpliera su meta al día siguiente, lo que era expresión de que no se produjo una reflexión sobre las demandas de la situación y los recursos. A pesar de que hubo respuestas muy disímiles, fue predominante el estilo confrontativo en la búsqueda de una solución a la tarea.

El análisis de lo ocurrido sirvió para identificar qué es el afrontamiento y la diversidad de estrategias de afrontamiento reflexionando sobre el hecho de que no hay ninguna que sea la “varita mágica”, sino que su utilidad depende en gran medida de que su elección se realice en función del análisis de las demandas de la situación y los recursos empleados.

En la tarea de identificar el tipo de estrategias que usualmente emplean los pacientes en su vida cotidiana con mayor frecuencia resultó predominante el estilo confrontativo y la planificación en todos los sub-grupos. Por otro lado al pedirles que comentaran cómo se sintieron al no cumplir su meta, el grado de malestar dependió de las estrategias empleadas lo que permitió que reconocieran el papel que tienen las estrategias de afrontamiento en el grado de bienestar o malestar que se genera en las situaciones estresantes.

Se reforzó la importancia del Entrenamiento en Relajación Muscular progresiva como alternativa para el control del estrés, realizándose en esta ocasión su segunda etapa que se focaliza en la relajación de los músculos del área facial, la nuca, los hombros y la parte posterior de la espalda. Nuevamente los pacientes valoraron de muy relajante la experiencia de los ERP lo que se reflejó en la técnica del cierre al referir que llegaron “interesados”, “motivados” y se iban “relajados”, “alegres”, etc.

Sesión # 5:

Al inicio de la sesión con la técnica “Solucionando problemas” se replantean las dificultades para la toma de decisiones a partir de la relación Inter - intrapsíquica. Solo uno de los grupos conformados en la sesión (perteneciente al sub - grupo 4) después de discutir el orden de las etapas fue capaz de cumplir la meta planteada. Las reflexiones del grupo en la técnica permitieron que se generalizaran algunos de los temas abordados en sesiones anteriores. El análisis de la situación problemática planteada sirvió para reflexionar sobre el afrontamiento a la enfermedad, como un elemento importante en el control de la misma. En los juicios y reflexiones de los pacientes se distinguen decisiones

adecuadas a partir del análisis de las demandas de la situación y los recursos personales para afrontarla como quedó expresado en la siguiente reflexión de DOA: *"Si no tengo medicamento y no lo hay en la farmacia, es cuando más tengo que poner de mi parte para controlar mi enfermedad, yo tengo que ser mi propia medicina y tratar de no hacer ninguna de las cosas que me suben la presión"*. Por su parte ODM señalaba: *"ahora que sabemos de todos los riesgos que implica la HTA, hay que evitar esas situaciones estresantes. En mi caso me sentaría a conversar con mi jefe y le haría ver en buena forma que, si las cosas se mantienen así, voy a tener que presentar mi certificado por mi problema de salud, aunque en el fondo no quisiera hacerlo, pues se que mi presencia es importante para recibir la inspección. Si él no se preocupa por mi problema de salud, yo si tengo que darle la importancia que merece"*.

En el contenido de las intervenciones de los miembros del grupo se revela que hay una buena identificación con los objetivos del Programa, produciéndose transferencias de sus reflexiones a situaciones personales en la búsqueda de la confrontación de sus alternativas de solución a las mismas. En los grupos 1 y 3 resultó característico que estas transferencias se realizaran hacia situaciones del contexto laboral, por lo que de alguna manera todos tenían mayor implicación en la búsqueda de solución a la situación problemática planteada.

Se constató una buena adherencia a la práctica de los ERP lo que propició la consolidación de las habilidades para la relajación. En esta sesión correspondió desarrollar la Parte III que se centra en la relajación del pecho, estómago y vientre.

Sesión # 6:

Al inicio de la sesión los pacientes comentaron sobre sus experiencias en la práctica de la técnica solución de problemas durante la semana, resaltando la efectividad de las mismas.

Al iniciar la sesión, los pacientes logran establecer con facilidad los elementos que distinguen las emociones positivas de las negativas, relacionándolas en todos los casos con la sensación de bienestar o malestar. Sin embargo, al solicitar que mencionaran ejemplos de estas emociones, les resultó fácil mencionar las negativas, pero hubo dificultad para identificar las emociones positivas.

En la técnica de “Las estatuas vivientes” se planteó la tarea de que cada grupo representara la emoción que le correspondió, describiendo ante qué tipo de situaciones aparece y que vivencias la acompañan. Se logró que; a partir del trabajo en grupos, descubrieran los significados generales asociados a las tres emociones que han sido descritas por ellos mismos como las más comunes. Resultó muy oportuna la asignación de los pacientes a cada grupo tomando en consideración los resultados del diagnóstico inicial. En la construcción de la estatua los pacientes proyectaban su propia imagen, mientras que en el análisis de sus causas y vivencias que lo acompañan se basaron en sus experiencias personales.

Este proceso de concientización por parte de los pacientes de los significados emocionales vinculados a determinadas situaciones constituyó una premisa fundamental para garantizar un afrontamiento efectivo, en tanto permitió analizar la situación emociógena en términos de las implicaciones que las mismas tenían para los pacientes. En esencia se realizó un proceso valorativo en términos de causas / consecuencias.

La técnica de “Situaciones Intrascendentes” permitió desarrollar habilidades en la identificación de las emociones ajenas y en la comprensión de que en las relaciones interpersonales, entran en juego las emociones que la otra persona experimenta legítimamente, de ahí la complejidad del tema.

Al finalizar la sesión se procedió a la práctica de la 4ta etapa de los ERP, constándose que los pacientes lograban concentrarse muy bien en el ejercicio, lo cual se expresaba también en las sensaciones que describieron al terminar los ejercicios.

En el cierre la mayoría de los pacientes identificó con colores claros su estado emocional, como expresión de *la “sensación de bienestar que experimentaron durante la misma”*.

Sesión # 7:

En el análisis y discusión en parejas de las principales preocupaciones en la técnica “Mis preocupaciones”, predominaron expresiones relacionadas con la familia y el trabajo fundamentalmente. Al indagar sobre qué tipo de emociones les generan estas preocupaciones focalizaron fundamentalmente la ansiedad y en menor medida la depresión. Al reflexionar sobre el por qué le generan preocupaciones, fue característico el predominio en sus núcleos ansiógenos de la incertidumbre sobre el futuro en sentido

general, basándose en pensamientos automáticos como la sobregeneralización, el pensamiento polarizado, “los debería” y el “tener razón”. En los 3 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio resultó característica el temor a un nuevo episodio como este y el temor a la muerte, asociándose en estos casos a vivencias depresivas.

A partir de las reflexiones en el grupo los pacientes comprendieron cómo la forma de pensar influye en nuestras emociones y puede convertirse en fuente de malestar, de ahí que nuevamente a partir del trabajo en parejas orientaron el replanteamiento de sus pensamientos en función de las situaciones en particular.

En esta sesión por vez primera se practica la relajación completa, lográndose buenos niveles de relajación. Al respecto los pacientes señalaron que en la medida que han ido avanzando las sesiones, les resulta más fácil lograr relajarse.

En la técnica de cierre mediante el completamiento de frases se apreció que los pacientes reflexionaron sobre su forma de actuar y pensar al referir: *“tiendo a sobrevalorar las cosas”, “siempre actúo en función de las normas y en ocasiones me olvido que también soy un ser humano con mis propias necesidades”* o en frases más generalizadoras como la expresada por LGD: *“me fijé que tengo que cambiar mi actitud ante la vida en general”*

Sesión # 8:

En el análisis de la tarea para el hogar se constata la transferencia de aprendizajes a nuevas situaciones, los pacientes fueron capaces de identificar de manera independiente como influye su forma de pensar en el núcleo de emociones ansiosas y depresivas.

En la técnica *“La rabia”* los pacientes identificaron de manera individual situaciones y experiencias recientes que les había provocado la emoción de ira. A partir del análisis de las mismas en el grupo se identifica la trama argumental característica de esta emoción y se abordan diferentes formas de reaccionar ante ella. Fue predominante en todos los grupos el control represivo de la ira. En la segunda parte de esta técnica los pacientes proyectaron en el papel entregado toda esa energía reprimida, algunos lo comprimieron, otros lo pisaron, mientras que algunos llegaron a romperlo con gran vehemencia.

La reflexión generada sobre la fábula *“Como el papel arrugado”* les llevó a comprender la necesidad de un proceso más reflexivo al expresar su ira, reconociendo experiencias en las cuales la expresión descontrolada de la ira les había traído consecuencias negativas

en su vida. Al respecto, la contrastación de experiencias personales enriqueció las producciones del grupo. En este aspecto, en el grupo 4 hubo pacientes que señalaban que *“preferían expresar abiertamente su ira antes que sentir el malestar que les genera su represión”*, generándose un análisis más profundo en el grupo sobre la expresión y el control de la emoción de ira y su impacto en el bienestar emocional. Finalmente, los pacientes identificaron la relación de esta emoción con su enfermedad hipertensiva.

Al terminar la sesión se continuó con la práctica de la relajación progresiva completa. En las valoraciones finales los pacientes señalaron frases como: *“autocontrol”, “reflexión”* y *“hay que tomarse tiempo”*.

Sesión # 9:

En esta sesión se logró estimular la expresión emocional de los pacientes. En el contenido de algunas representaciones del “Ejercicio de Expresión de emociones” se revelan insuficiencias en la expresión asertiva de las emociones, relacionadas fundamentalmente con limitaciones al expresar emociones negativas, aunque en menor medida también se presentaron en la expresión de emociones positivas. En las reflexiones sobre las dramatizaciones, el grupo se convirtió en su propio agente de cambio, los pacientes fueron capaces de identificar las limitaciones propias y ajenas, estimulando la adopción de nuevas formas de expresión emocional. Se logró que comprendieran la importancia que tiene la calidad de expresión emocional en nuestras relaciones interpersonales y en nuestro bienestar emocional.

Finalmente se realiza la relajación muscular completa y se analiza en cada uno de los sub - grupos la importancia de su entrenamiento diario para mantener los resultados obtenidos hasta el momento. Al terminar la sesión los pacientes valoraron como muy útil la sesión.

Sesión # 10:

En la técnica “Alguien sale de viaje” refirieron que: *llevarían consigo todo lo aprendido, el autocontrol, los ejercicios de relajación, el modelo de registro de su PA, las habilidades para expresar sus emociones, la nueva visión interior que han desarrollado, música, libros*. Al indagar sobre lo que no llevarían en su equipaje señalaron: *el cigarro, el alcohol, el estrés, la ansiedad, la ira, la depresión, los pensamientos negativos, el pesimismo*.

Las expresiones de los participantes en la técnica “Recomendaciones de un Doctor” reflejaban las modificaciones en relación con los elementos que fueron estimulados a través de las diferentes sesiones y su repercusión en la regulación de su bienestar emocional y en el control de su enfermedad.

En el modelo de compromiso con mi salud los pacientes se comprometieron con algunas conductas relacionadas con la HTA tales como: *“continuar trabajando en la reducción de sus conductas de riesgo”, “chequear al menos cada 15 días su PA”, “cumplir con el tratamiento”*. Otros compromisos se relacionaban más con su vida emocional, como por ejemplo: *“no dejarse llevar por los contratiempos”, “plantearse asistir a actividades recreativas o de ocio que contribuyan a fomentar vivencias positivas”, “ser más optimistas”, “revisarse por dentro cada vez que se sientan preocupados o tensos”, “continuar practicando los ERP y los ejercicios respiratorios”*.

En el balance individual de la experiencia realizado a través del PNI constatamos una valoración positiva del Programa, mostrándose muy agradecidos de la ayuda terapéutica que se le había brindado sugiriendo que estas experiencias se generalicen. Como negativo señalaban la corta duración del Programa y en el caso del grupo 4 refirieron además el no disponer de un local con mejores condiciones.

3.3.3 Análisis de regularidades e incidencias del proceso por sub- grupos.

La intervención en grupos supone la existencia de particularidades en su dinámica y funcionamiento. Por ello, aunque a nivel general se observaron regularidades, también se observaron elementos distintivos entre algunos sub - grupos, concretamente en los sub - grupos 1 y 3 que tenían como elementos comunes el hecho de que su derivación al Programa se realizó por el médico laboral.

El análisis de ambos sub - grupos nos permitió establecer algunas regularidades distintivas:

- Al inicio del programa los pacientes procedentes de estos sub-grupos mostraban menos nivel de motivación que los pacientes de los grupos 2 y 4. En nuestra opinión esto pudiera estar condicionado porque el número de pacientes parcialmente controlados y/o controlados era mayor que en otros sub - grupos por lo que consideraban en menor medida la necesidad del tratamiento, cuestión que quedó

resuelta desde la primera sesión a partir de que concientizaron el riesgo asociado a la enfermedad.

- El nivel intelectual promedio de los pacientes que conformaron estos sub - grupos era superior, por lo que comprendían mejor las orientaciones iniciales de las técnicas y establecían generalizaciones con mayor facilidad.
- Mostraron tendencia a circunscribir los ejemplos, vivencias y experiencias a las situaciones del contexto laboral, aunque a través de las entrevistas realizadas y del análisis de contenido de sus intervenciones en las sesiones fue posible constatar la presencia de transferencias a otros contextos de su vida personal y familiar.

No obstante, se constataron en sentido general regularidades en todos los sub-grupos que progresivamente fueron llevando al cumplimiento final del objetivo del Programa. Al concluir el mismo se obtuvieron resultados favorables que a continuación procedemos a analizar.

3.4. Evaluación de los Resultados del Programa de Autocontrol Emocional para pacientes con Hipertensión arterial esencial.

Al analizar los resultados inicialmente se aplicó el Test U de Mann Withney con el objetivo de comprobar la existencia o no de diferencias significativas entre los sub-grupos experimentales y sus respectivos sub - grupos de Lista de Espera antes de la aplicación del Programa. El resultado estadístico arrojó que no existían diferencias entre los subgrupos en las variables sociodemográficas, clínicas y los factores de riesgo (Anexo 20). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables psicológicas (Anexos 22, 25, 28 y 31) y las variables fisiológicas (Anexos 23, 26, 29 y 32) entre los sub-grupos estudiados.

Posteriormente se realizaron comparaciones de las variables sociodemográficas, clínicas, los factores de riesgo, las variables psicológicas y las variables fisiológicas entre todos los sub-grupos experimentales, constándose que tampoco existían diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas ($p = 0.228$). Similares resultados se obtuvieron al comparar todos los sub - grupos de Lista de espera entre sí ($p = 0.145$).

El análisis anterior justifica la presentación de los resultados obtenidos en todos los subgrupos experimentales como un grupo único (Grupo Experimental) y de todos los subgrupos de Lista de Espera como otro grupo único (Grupo de Lista de Espera). En lo adelante haremos referencia a las especificidades de algún sub - grupo, sólo en el caso de que se evidencien elementos distintivos en cuanto a sus resultados.

Los resultados obtenidos en la entrevista clínica inicial en ambos grupos evidenciaron un bajo nivel de conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad, fundamentalmente en cuanto al tipo y nivel de HTA que poseen. En este sentido al indagar sobre el tipo de HTA el 38.88% refirió tener “hipertensión emotiva pues por lo general les sube la PA cuando están nerviosos o estresados”. Estas referencias indican dificultades en el conocimiento de su enfermedad, no obstante constituyen un indicador de que hay un reconocimiento en estos pacientes del papel que tienen los factores psicológicos en la HTA. Tampoco se aprecia un reconocimiento adecuado de las principales consecuencias de la enfermedad, asociándola fundamentalmente al infarto como se ilustra en la frase de LBJ: *“LA HTA no es una enfermedad preocupante aunque un buen día te sube mucho y te da el infarto”*.

En el grupo experimental el 50 % de los pacientes valoran que la enfermedad es curable, un 27.77% que no es preocupante y solo un 22.33% la reconoce como una enfermedad crónica que hay que cuidar, lo que indica una inadecuada percepción de riesgo. Al indagar sobre las vías por las que han obtenido información sobre la enfermedad el 100% señala que a través de su médico de familia y un 38.88 % plantea que por “*el saber popular*”, “por lo que han visto o escuchado en familiares y amigos que padecen de HTA”.

Estos elementos pudieran estar relacionados con la baja adherencia terapéutica de los pacientes. El 41.66% de los pacientes reconoce no chequear sistemáticamente su PA, un 19.3% toma las pastillas solo cuando tienen la presión alta y sólo el 41.66% ha incorporado modificaciones saludables en el estilo de vida. Al profundizar en las causas del incumplimiento terapéutico un 11.11% señaló que se les olvidaba, un 5,55% que a veces no había los medicamentos en la farmacia, mientras que el resto consideraba que no las necesitaba.

Algunos pacientes mostraban estilos de afrontamiento a la enfermedad en función de patrones imitativos, como ACP: *“En mi familia casi todos son hipertensos, por ejemplo:*

mis padres nunca dejaron de fumar, ni de comer carne de cerdo y están mejor que yo” o como FCA: *“mis amigos hipertensos llevan una vida normal y no les ha pasado nada, ¿ por qué ha de sucederme algo a mí?”*. En las expresiones anteriores y los resultados antes expuestos se evidencia que, en la baja adherencia terapéutica, no solo influye el bajo nivel de conocimiento que tienen los pacientes de su enfermedad, sino también las atribuciones que ellos hacen de la misma.

Las modificaciones observadas en relación con el conocimiento de la enfermedad al concluir el programa nos permiten afirmar que a partir de la experiencia interventiva se logró adecuar el nivel de conocimientos que tenían los pacientes sobre la enfermedad, así como las particularidades y manifestaciones de la misma en su caso particular, lo que permitió fomentar una mayor percepción de riesgo movilizando sus recursos psicológicos hacia el logro de modificaciones en sus conductas de riesgo y en la adherencia terapéutica, no sólo desde el punto de vista clínico sino también en la adherencia al tratamiento psicológico (Anexos 16).

Por su parte en el grupo de lista de espera en la etapa de evaluación inicial se observaron resultados similares a los del grupo experimental, por lo que no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables relacionadas con el conocimiento de la enfermedad. En este caso en la etapa de evaluación final apenas se observaron cambios (en su mayoría poco favorables) en un número reducido de pacientes, no alcanzándose significación estadística (Ver Anexo 16).

Tabla 18: Resultados obtenidos en la entrevista clínica en la etapa inicial.

Indicadores de conocimiento de la enfermedad	Grupo experimental. Ant./desp.		Grupo Lista de espera Antes / Después	
	Antes	Después	Antes	Después
De causas	55.55	97.22	50	50
De factores de riesgo	61.11	100	63.88	63.88
De síntomas	86.11	100	83.33	83.33
De consecuencias	63.88	97.22	75	80.55
Del tipo de HTA que padece	50	100	63.88	63.88
Del grado de HTA	27.77	100	33.33	38.88

Los resultados anteriormente analizados permiten afirmar que, si bien en la etapa inicial, ambos grupos presentaban dificultades relacionadas con el bajo nivel de conocimiento de la enfermedad, éstas fueron superadas a partir de la influencia terapéutica del Programa en el grupo experimental, no ocurriendo lo mismo en el grupo de lista de espera por lo que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Los factores psicológicos influyen en el curso evolutivo de la enfermedad hipertensiva, por ello en la etapa de evolución inicial se realizó una entrevista psicológica a los pacientes. Los resultados obtenidos en la entrevista no arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos y fueron tomados en consideración de manera casuística durante la implementación del Programa. Los elementos psicológicos relacionados con el funcionamiento emocional fueron evaluados antes, durante y después de la implementación del Programa de Autocontrol Emocional, este análisis se presenta a continuación:

Evaluación de los resultados del Programa en los componentes del Autocontrol emocional.

A partir de los diferentes métodos y técnicas psicológicas aplicadas en la evaluación inicial del Programa se pudo constatar que las mayores dificultades en el grupo experimental se focalizaban en el control emocional percibido ($X = 1.48$), en el afrontamiento emocional ($X = 1.66$), la expresión emocional ($X = 1.78$) y en menor medida, en la autoconciencia emocional ($X = 1.92$).

Al analizar los indicadores del autocontrol emocional resaltamos la importancia del reconocimiento de las emociones propias y ajenas como el primer paso para lograr el control. En la evaluación inicial del Programa constatamos dificultades en la **autoconciencia emocional**, expresada en la tendencia a polarizar su autopercepción del funcionamiento emocional en sentido negativo. Al indagar sobre su funcionamiento emocional y, concretamente, sobre las emociones que estaban experimentando últimamente; el 80.55 % de los pacientes hacía alusión inmediata a las emociones displacenteras (estrés, ansiedad, ira, y tristeza, entre otras). Sin embargo, al profundizar en la entrevista sobre otras emociones más placenteras les resultaba difícil el reconocimiento de las mismas, puesto que identificaban las emociones positivas exclusivamente con la felicidad, y de inmediato reforzaban su idea con etiquetas como “la

felicidad no existe, solo existen momentos de alegría” . En aquellos casos que identificaban la alegría de manera diferenciada aludían *“que no la habían mencionado, porque esa es una emoción momentánea”* .

Otro elemento explorado fue la identificación de las principales causas o situaciones de vida que les generaban emociones displacenteras. También en este aspecto los pacientes mostraron dificultades al expresar una tendencia a identificar las situaciones elicitoras de sus emociones en función de significados genéricos más que por el significado personal que las mismas tienen. Así AGM expresaba: *“... me pone muy ansiosa el saber que hay problemas en el trabajo, aunque no tengan nada que ver conmigo”*, y JMM reflexionaba: *“me irrito con mucha frecuencia, pues me molestan las injusticias”*. Por otro lado, aunque no se constataron dificultades en el reconocimiento de la emociones ajenas, si reconocieron limitaciones para comprender las mismas, admitiendo que, en ocasiones, esto les ha generado dificultades en sus relaciones interpersonales.

La falta de visión interior acerca de lo que pensamos y sentimos hace imposible una comprensión saludable de las emociones (Lazarus, 2001). Por ello a lo largo de las sesiones del Programa se estimuló el autoconocimiento de las emociones propias, no sólo en términos de qué vivencias estaban experimentando sino desde la perspectiva de los significados e implicaciones que las mismas tienen en la vida de cada uno de ellos y en su salud en particular. Así FJL reconocía *“... siempre que me sale algo mal, tiendo a pensar que todo anda muy mal en mi vida y a sentirme desgraciado por ello, sin embargo he descubierto que he sobrevalorado mi malestar emocional... ahora me doy cuenta que tengo que darle más valor a las pequeñas cosas buenas que me puedan suceder, pues eso me hace sentir mejor... usted tenía razón en eso de no ver la vida en blanco y negro hay muchos tonos intermedios ... ahora mismo mi tono es azul”*

El reconocimiento y comprensión de las emociones ajenas permitió estimular la capacidad empática de los pacientes, lo cual se pudo constatar en las transferencias que realizaban a los contextos de su vida diaria. Al respecto LCF decía: *“... siempre he sido un poco egoísta con esto de los afectos. He esperado y casi exigido que mis hijos se preocupen por mí... en realidad no me he dado cuenta que mis hijos también tienen sus propias preocupaciones y emociones”*. En el caso de CPR, quien se desempeña en un cargo

administrativo, señalaba: *“he aprendido a prestar más atención y cuidado en cuanto a cómo interactúo con mis subordinados, de hecho soy más cuidadoso en las decisiones que tomo y en la forma en que les trato, eso me facilita la comunicación con ellos”*.

Otro elemento relacionado con la autoconciencia emocional tiene que ver con el reconocimiento de cómo el estrés y las emociones que experimenta el paciente influyen en el proceso salud - enfermedad y de manera particular, en la HTA. Resulta ilustrativa la frase de RCC antes de medir su PA al comenzar la 3ra sesión: *“Mídame la presión, pues yo estoy seguro que la tengo alta. Hoy tuve una fuerte discusión con un compañero de trabajo que me ha sacado de mis cabales”*. Al concluir el Programa, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el indicador de autoconciencia emocional ($p = 0.000$).

El **afrontamiento emocional** resultó ser otro indicador del autocontrol emocional en el que se observaron mayores dificultades al inicio del Programa ($X = 1.66$), expresadas en la tendencia a emplear estrategias de afrontamiento estereotipadas con procesos valorativos insuficientes, primando la valoración más en términos de la situación que de los recursos personales para afrontar la misma. La capacidad de seleccionar y organizar las alternativas posibles ante una situación emociógena, condiciona la vulnerabilidad psicológica a un estado psíquico situacional; de ahí la importancia que le concedimos a la estimulación de este componente del autocontrol emocional.

A través de las sesiones los pacientes tomaron conciencia de la importancia que tienen nuestros pensamientos y valoraciones en el proceso emocional, aprendiendo a distinguir que, si bien en un primer momento las respuestas emocionales suelen ser más espontáneas, es posible modificar esa respuesta en función del análisis de la significación de la situación y de las estrategias que empleamos para afrontarlas. Se estimuló en los pacientes un proceso más reflexivo en el afrontamiento emocional desde el análisis de la situación vs recursos, y de las situaciones generadoras vs las consecuencias de las estrategias de afrontamiento seleccionadas. De igual manera tomaron conciencia de la importancia que tiene la forma en que afrontamos las situaciones de la vida y las propias emociones que se generan en el proceso de afrontamiento. En este sentido resulta muy ilustrativa la reflexión que hace END: *“siempre he tratado de irle de frente a todas las dificultades de la vida y eso me ha traído muchos problemas, de hecho me he enfermado,*

ahora soy más reflexivo frente a los conflictos, me tomo las cosas con más calma y pienso más las cosas. De hecho la presión me ha bajado” .

Al propiciarse cambios en la comprensión de su funcionamiento emocional, se produjeron cambios en el significado emocional de los mismos, en la medida que se fueron modificando las acciones de afrontamiento. LGF, quien se encontraba atravesando por un proceso de divorcio en el momento de realizar el Programa, señalaba: *“desde que nos separamos he intentado hacer todo con tal que él vuelva a la casa, pero no lo he conseguido y eso me tenía muy triste, ahora me he dado cuenta que hay cosas en la vida que no podemos cambiar y que simplemente tenemos que aceptarlas y buscar ayuda en los amigos y la familia hasta que logre olvidarlo” .*

La flexibilidad en el proceso de afrontamiento permite abrir el camino a nuevos significados que pueden resultar más adaptativos. Estos cambios propiciados en el afrontamiento emocional facilitan la solución de las situaciones problemáticas en la medida de las posibilidades reales de cada sujeto y se acompañan de un nivel mínimo de malestar psicológico. La propia paciente LGF, expresa: *“ahora me siento mejor conmigo misma, no logré que él volviera pero creo que lo más importante es la salud mía y la de mis hijos... incluso la presión se me ha ido controlando”*. En esta frase también está implícita una nueva forma de afrontamiento a la enfermedad. De esta manera, la evaluación de este indicador (afrontamiento emocional) al concluir el Programa mostraba cambios favorables ($X = 2.69$) que resultaron estadísticamente significativos ($p = 0.034$).

También se constataron dificultades en la **expresión emocional** en la etapa de evaluación inicial ($X = 1.78$), relacionadas con la tendencia a reprimir la expresión de las respuestas emocionales, fundamentalmente de depresión y de ira. Si bien estas dificultades se focalizaban básicamente en las emociones negativas, también fueron constatadas en menor medida en la expresión de emociones positivas. La represión de una emoción no es necesariamente negativa o dañina para nosotros en una situación determinada, aunque si podría serlo la represión crónica (Lazarus y Lazarus, 2000). Al concluir la experiencia se observaron cambios en el comportamiento de este indicador ($X = 2.97$) que fueron estadísticamente significativos ($p = 0.002$). Se logró que los pacientes tomaran conciencia de que el hecho de que podamos controlar o reprimir la expresión de una emoción, no significa que no la experimentemos y tampoco lleva a la resolución del conflicto emocional

que la puede haber generado. Se estimuló su expresión a partir de las técnicas empleadas, lo que se hizo evidente durante el transcurso de las sesiones:

- JMO: *“cada vez que algo me molestaba me lo callaba, pues pensaba que en definitiva eso no iba a resolver nada, mientras tanto iba acumulando mi tristeza que se iba incrementando por momentos... me decidí a conversar del tema y las cosas van mejorando en nuestra relación ... al menos lo estamos intentando y solo saber eso me hace sentir mejor”*
- DMM: *Durante mucho tiempo pensé que reprimir mi ira era sinónimo de educación, hoy cuando estruje el papel en la sesión sentí alivio, luego me di cuenta que hasta lo había roto y eso me hizo pensar que de tanto reprimirme, puede que un día estalle y termine hiriendo a las personas que me rodean. Dos semanas después expresaba: “ he intentado expresar con asertividad mis emociones y, por el momento, me ha dado resultado ... “*

Otro indicador del Autocontrol emocional evaluado fue el **control emocional percibido** que se expresa en la creencia acerca del grado de seguridad que se tiene para alcanzar un resultado favorable y dominar el proceso necesario para conseguirlo. En la evaluación inicial se observaron dificultades ($X = 1.48$) relacionadas con un control rígido de la respuesta emocional en el 64.9% de los pacientes, que se manifiesta en una tendencia a la evitación defensiva de las experiencias emocionales negativas, especialmente de la ira.

Se considera que una persona tiene una percepción de control adecuada cuando tiene una creencia apropiada del nivel de control que posee para afrontar favorablemente las situaciones; en cambio, cuando hay un desajuste entre la manera como actuamos según nuestros sentimientos y lo que la situación requiere, hay dificultades con la percepción de control. Este indicador puede presentarse desde la perspectiva de la percepción del control rígido de la respuesta emocional que observamos en el estilo represivo o en la tendencia a asumir un control absoluto de la situación típica de las personas con tendencia al afrontamiento confrontativo. Ambos estilos resultaron característicos en los pacientes estudiados, como ilustramos en las frases siguientes:

- JPD: *“ ... Yo siempre he sido así, por lo general pienso que no tengo la posibilidad de cambiar mucho las cosas... prefiero que otros tomen decisiones en asuntos*

importantes. Si al final no comparto con la decisión tomada, me lo callo y la vida continúa...”

- *ACR: “... Por lo general no me detengo a pensar mucho las cosas, nunca me he preguntado si puedo o no lograr un objetivo, creo que cuando uno se propone las cosas las logra. Es verdad que a veces el precio es alto, pues me altero, me busco problemas con la gente, me alejo un poco de la familia... pero al final por lo general logro lo que me propuse” ... Y si por casualidad no lo logro, como me ha ocurrido a veces, me siento muy mal, cojo mucho genio, discuto con todos y hasta me sube la presión”*

Los pacientes aprendieron a controlar el impulso inicial de la emoción y revalorizar el significado de la situación en términos más serenos, en lugar de emocionalmente perturbados, lo cual propició un análisis más reflexivo de la situación de los recursos psicológicos de que disponían para afrontarla. El comentario de MOF nos ilustra una experiencia de control emocional:

- *“Hoy mismo tuve una situación difícil cuando fui al turno con el cardiólogo, pues la recepcionista me maltrató sin tener motivo alguno, de repente me dieron ganas de tratarla de la misma manera que ella lo había hecho conmigo.... Pero me tomé mi tiempo, respiré y esperé a ser atendido... al salir de la consulta me le acerqué y le hice reflexionar sobre su comportamiento... en otros tiempos no se como hubiera reaccionado”*

En el afrontamiento a la situación se evidencia como los componentes del autocontrol emocional interactúan funcionalmente de una manera dinámica, determinando el tipo e intensidad de emociones que experimentamos. De ahí la importancia que le concedemos al control emocional percibido, en tanto tiene una función importante en la determinación de la estrategia de afrontamiento y la expresión de nuestras emociones. Al concluir el Programa se apreció un cambio favorable en el control emocional percibido ($X = 2.63$), constatándose diferencias significativas ($p = 0.000$).

El análisis del comportamiento de los indicadores del autocontrol emocional antes y después de la implementación del Programa nos permite afirmar que se logró estimular la capacidad de autocontrol emocional de los pacientes, como se refleja en la tabla siguiente:

Tabla 19: Comportamiento de los indicadores del autocontrol emocional antes y después de la aplicación del programa.

INDICADORES	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO LISTA ESPERA	
	Antes (X)	Después (X)	Antes (X)	Después (X)
Autoconciencia emocional	1.48	3.00	1.56	1.58
Afrontamiento emocional	1.66	2.69	1.71	1.74
Expresión emocional	1.78	2.97	1.73	1.58
Control emocional percibido	1.92	2.63	1.80	1.80

En sentido general, se constató que los pacientes aprendieron a autorregular de manera más efectiva y adaptativa sus respuestas emocionales. En sus expresiones se refleja una orientación salutogénica asociada a mayor confianza en sí mismo, mayor control sobre su vida y en algunos casos una visión más optimista de la vida. Los elementos anteriores constituyen indicadores de que se fomentan cambios favorables en el bienestar subjetivo de los pacientes, particularmente en su bienestar emocional.

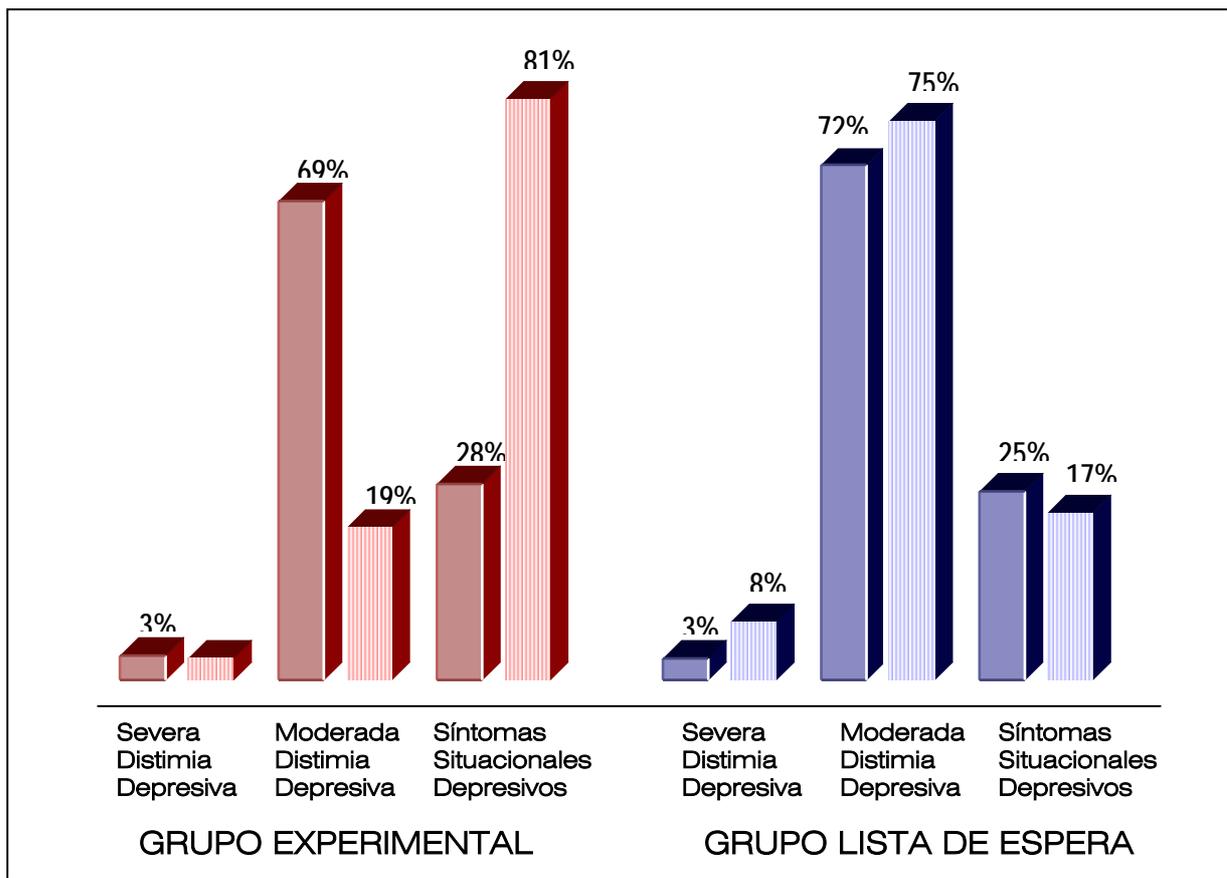
Evaluación de los resultados del Programa en el bienestar emocional.

El **bienestar emocional** es otra de las variables psicológicas dependientes evaluadas en el Programa y ha sido definido como el principal indicador y resultado del Autocontrol emocional. Se expresa en el predominio de emociones positivas y en la baja intensidad de estados emocionales negativos. En la evaluación realizada en la etapa inicial mediante el Autorreporte Vivencial, se constató la presencia de estados negativos como la ansiedad, la ira, y en menor medida, la depresión, que mostraron reducciones estadísticamente significativas al concluir la implementación del Programa. Un análisis más detallado del comportamiento de estas emociones a partir de las técnicas psicológicas aplicadas aparece a continuación y los resultados de su análisis estadístico pueden ser consultados en el Anexo 17:

La aplicación del Test de Zung y Conde en la etapa inicial evidenció un predominio de una moderada distimia depresiva en ambos subgrupos sin que se observaran diferencias significativas desde el punto de vista estadístico ($p = 0.370$). Después de la aplicación del Programa, los síntomas depresivos disminuyeron notablemente en el grupo experimental,

siendo significativas las diferencias observadas antes y después ($p = 0.000$), no ocurriendo así en el grupo de Lista de espera ($p = 0.136$). La comparación de ambos grupos después de la implementación del Programa evidenció diferencias significativas ($p = 0.000$).

Gráfico 4: Comportamiento de la depresión según el Test de Zung y Conde antes y después del Programa.

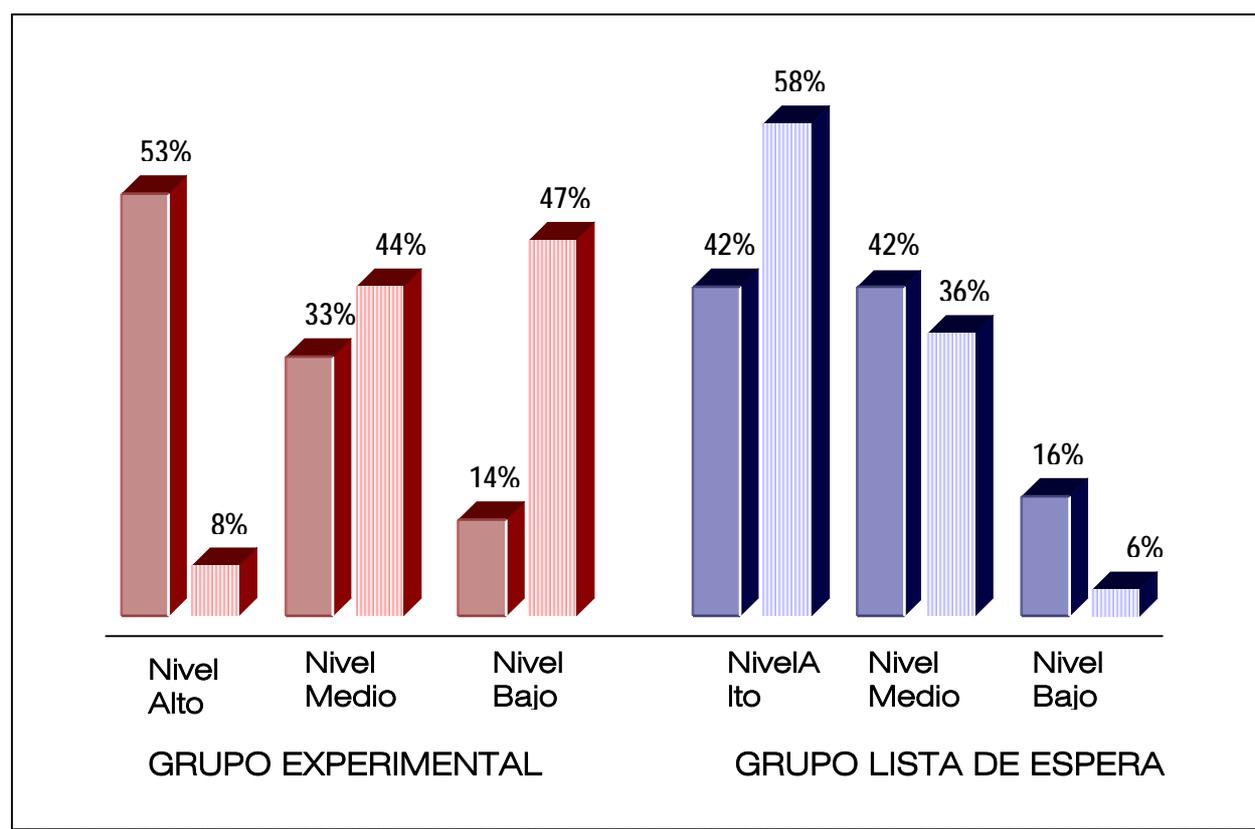


Al evaluar la escala de ansiedad - estado mediante el IDARE observamos la presencia de altos niveles en, aproximadamente, la mitad de los pacientes de ambos grupos. Al culminar la implementación del Programa se observó una reducción considerable del número de pacientes con ansiedad alta en el grupo experimental, llegando a observarse diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.000$).

En el grupo de Lista de espera los resultados fueron muy diferentes, al observarse un incremento en el número de pacientes con niveles altos de ansiedad. Al comparar este

grupo antes y después del Programa no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.176$). (Anexo 18).

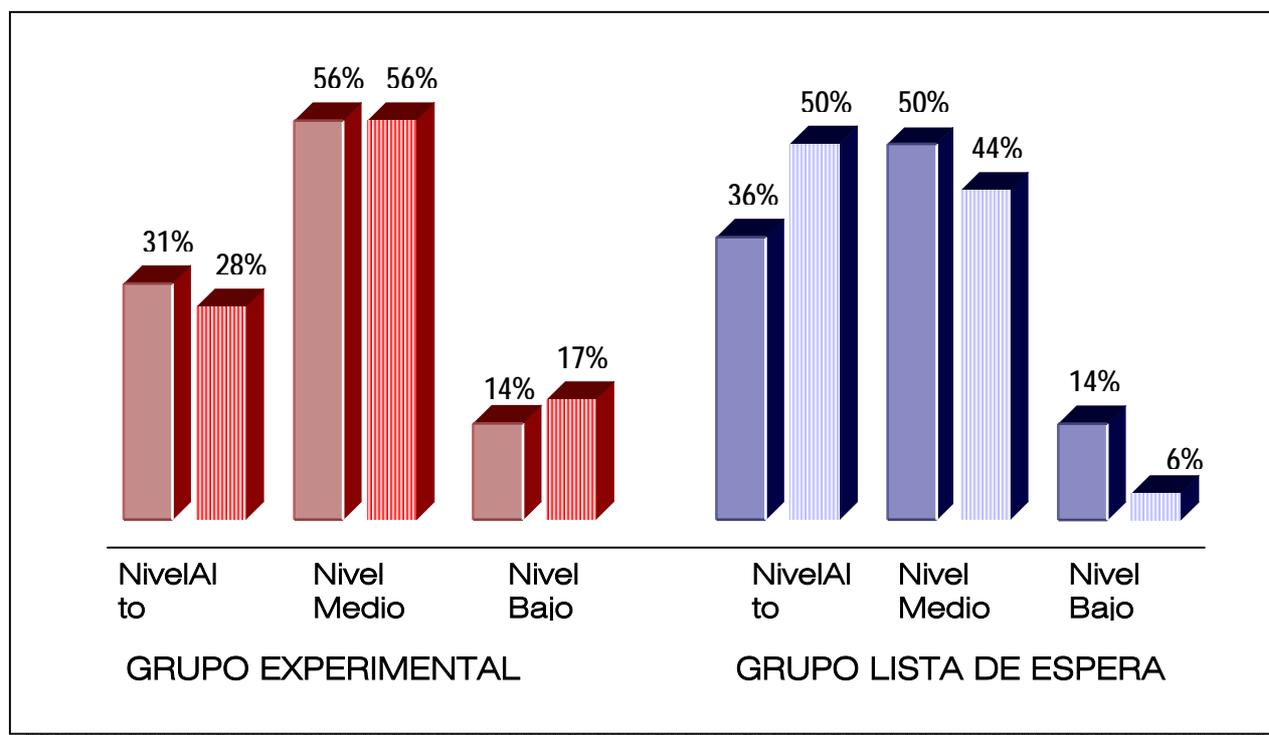
Gráfico 5: Comportamiento de la ansiedad estado según el IDARE antes y después del Programa.



La comparación entre el grupo experimental y el grupo de Lista de espera en la etapa de evaluación final si arrojó diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.000$).

La escala de ansiedad - rasgo del IDARE mostró un comportamiento similar. Al culminar la implementación del Programa, el por ciento de pacientes del grupo experimental con ansiedad alta se redujo, se mantuvo el número de pacientes ubicados en el nivel medio y consecuentemente aumentó el por ciento con niveles bajos. Sin embargo estas diferencias no alcanzaron significación desde el punto de vista estadístico ($p = 0.132$).

Gráfico 6: Comportamiento de la ansiedad rasgo según el IDARE antes y después del Programa.



Al comparar estadísticamente el grupo de Lista de espera antes y después del Programa, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.836$). En cambio, la comparación entre el grupo experimental y el grupo de Lista de espera en la etapa de evaluación final sí arrojó diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.038$).

La evaluación de la escala de ansiedad - rasgo mediante el ISRA- B mostró resultados similares a los obtenidos en la escala ansiedad - rasgo del IDARE (Anexo 18). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones antes y después del Programa en el grupo experimental ($p = 0.669$) ni en el grupo de Lista de espera ($p = 0.601$). Las comparaciones entre ambos grupos mostraron medianas diferentes al concluir el Programa ($p = 0.068$).

Al analizar las sub-escalas cognitiva, fisiológica y motora antes y después del Programa en el grupo experimental se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.000$ en todos los casos), mientras que en el grupo de Lista de espera ocurrió todo lo contrario (Anexo 18). Los resultados de las comparaciones entre los grupos con relación a cada una de las sub-escalas en la etapa de evaluación final mostraron diferencias

altamente significativas en las sub - escala cognitiva ($p = 0.000$), fisiológica ($p = 0.000$) y motora ($p = 0,007$).

Por otra parte, los resultados obtenidos en la escala de Situaciones de Ansiedad del ISRA-B mostraron diferencias medianamente significativas en el grupo experimental ($p = 0.055$) y no significativas en el grupo de Lista de espera ($p = 0.284$) al realizar las comparaciones de cada grupo consigo mismo antes y después del Programa. No se encontraron diferencias significativas al comparar a ambos grupos en la etapa de evaluación final ($p = 0.284$).

Tabla 20. Resultados de la sub-escalas de ansiedad rasgo del ISRA-B antes y después del Programa.

ISRA- B	Niveles de ansiedad rasgo	Grupo experimental. Antes/ después. (%)		Grupo Lista de espera. Antes / después. (%)	
Cognitiva	Extrema	8	8	14	14
	Severa	8	6	28	36
	Moderada	61	53	36	36
	Ausencia	22	33	22	14
Fisiológica	Extrema	6	-	6	8
	Severa	36	19	44	47
	Moderada	44	58	44	44
	Ausencia	14	22	6	-
Motora	Extrema	-	-	8	11
	Severa	17	8	22	9
	Moderada	33	36	53	58
	Ausencia	50	56	17	11
Rasgo Total	Extrema	6	-	4	14
	Severa	28	14	31	31
	Moderada	53	67	42	47
	Ausencia	14	19	14	8

Tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguna de las sub-escalas de Situaciones de ansiedad en el grupo de Lista de espera (Anexo 18). En el grupo experimental solo se encontraron diferencias medianamente significativas en las sub-escalas de ansiedad en situaciones de evaluación ($p = 0.051$) y de ansiedad en situaciones interpersonales ($p = 0.053$).

Tabla 21. Resultados de la sub-escala de Situaciones de Ansiedad según el ISRA-B antes

y después del Programa.

ISRA- B	Niveles de ansiedad rasgo	Grupo experimental. Antes/ después. (%)		Grupo Lista de espera. Antes / después. (%)	
Situaciones de Evaluación	Extrema	22	6	22	22
	Severa	25	28	19	22
	Moderada	39	44	31	36
	Ausencia	14	22	28	19
Situaciones Inter-personales	Extrema	11	8	22	22
	Severa	17	19	8	17
	Moderada	39	36	53	50
	Ausencia	33	36	17	11
Situaciones fóbicas	Extrema	8	8	25	33
	Severa	44	42	31	28
	Moderada	36	36	36	36
	Ausencia	11	14	8	3
Situaciones cotidianas	Extrema	50	25	42	44
	Severa	17	33	17	19
	Moderada	31	39	36	36
	Ausencia	3	3	6	-

Al evaluar la ira mediante el STAXI-2 en ninguno de los grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas ira - rasgo e ira - estado. Solo en la sub-escala de expresión verbal el grupo experimental mostró diferencias medianamente significativas ($p = 0.056$) (Anexo 18). La comparación de estas escalas entre ambos grupos tampoco evidenció diferencias al terminar el Programa.

Sin embargo, se observaron diferencias en el grupo experimental en las sub-escalas de Expresión Interna ($p = 0.017$), Control Interno ($p = 0.014$) y el Índice de expresión de la ira ($p = 0.026$). El análisis comparativo de ambos grupos después de la implementación del Programa también arrojó diferencias significativas en estas mismas escalas ($p = 0.027$, $p = 0.041$ y $p = 0.008$).

Estos resultados son coincidentes con los observados por otros autores (Miguel – Tobal y cols., 1997) y confirman la implicación de la ira interna y el control interno de la ira en el perfil emocional del paciente hipertenso.

Tabla 22. Resultados de la Sub-escala de Expresión y control de la ira del STAXI-2 antes

y después de la aplicación del Programa

STAXI - 2	Niveles de ansiedad rasgo	Grupo experimental.		Grupo Lista de espera.	
		Antes/ después. (%)	Antes / después. (%)	Antes / después. (%)	Antes / después. (%)
Expresión externa de ira	Normal	97	100	69	83
	Alta	3	-	31	19
Expresión interna de ira	Normal	72	92	75	83
	Alta	28	8	25	17
Control Externo de ira	Normal	75	67	78	89
	Alta	25	33	22	11
Control Interno de ira	Normal	50	75	50	61
	Alta	50	25	50	39
Índice de Expresión de ira	Normal	89	97	64	78
	Alta	11	3	36	22

Los resultados presentados hasta el momento evidencian la efectividad del Programa en la potenciación del Autocontrol Emocional como proceso que propicia el bienestar emocional. Ello se expresa en la reducción de las emociones negativas y el predominio de vivencias con un contenido hedónico, así como, en la potenciación de una orientación salutogénica en los pacientes. Por otro lado, también se constatan reducciones en las variables fisiológicas dependientes, cuyo análisis realizamos a continuación.

3.4.2 Evaluación de los resultados del Programa en las variables fisiológicas.

Inicialmente, se realizó un análisis comparativo de la línea base pre-experimental correspondiente a la etapa de diagnóstico inicial del Programa entre cada uno de los sub-grupos experimentales y sus respectivos sub-grupos de Lista de espera, constatándose que no existían diferencias significativas en los valores de la PAS, la PAD, la PP, PAM y la FC en ninguno de los casos estudiados. (Anexos 23- 26- 29 y 32). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en los sub-grupos experimentales al compararlos entre sí, ni en los sub-grupos de Lista de espera al hacer similar comparación, por lo que se presentan los resultados obtenidos en los grupos generales, es decir Grupo Experimental y Grupo de Lista de Espera.

Por otro lado, dada la importancia que tiene el peso corporal en la evolución de la HTA, decidimos realizar un análisis más detallado de esta variable con el objetivo de descartar la posible relevancia que la misma pudiera haber tenido en los resultados alcanzados. Se ha descrito en la literatura científica que reducciones de 5Kg del peso corporal podrían considerarse suficientes para lograr disminuciones en las cifras de presión arterial del paciente y viceversa, por lo tanto se hizo necesario descartar que las modificaciones observadas en la PA estuvieran motivadas por reducciones del peso corporal que alcanzaran este nivel.

Al valorar esta variable antes de implementar el Programa existían diferencias medianamente significativas ($p = 0.043$) que luego pasaron a ser altamente significativas ($p = 0.017$) al concluir el mismo. No obstante, estas diferencias estadísticas se calculan en base a las cifras grupales, pero a los efectos de la investigación tiene mayor valor el análisis desde la perspectiva individual. Estos resultados aparecen en la tabla siguiente:

Tabla 23. Comportamiento de la variable peso corporal.

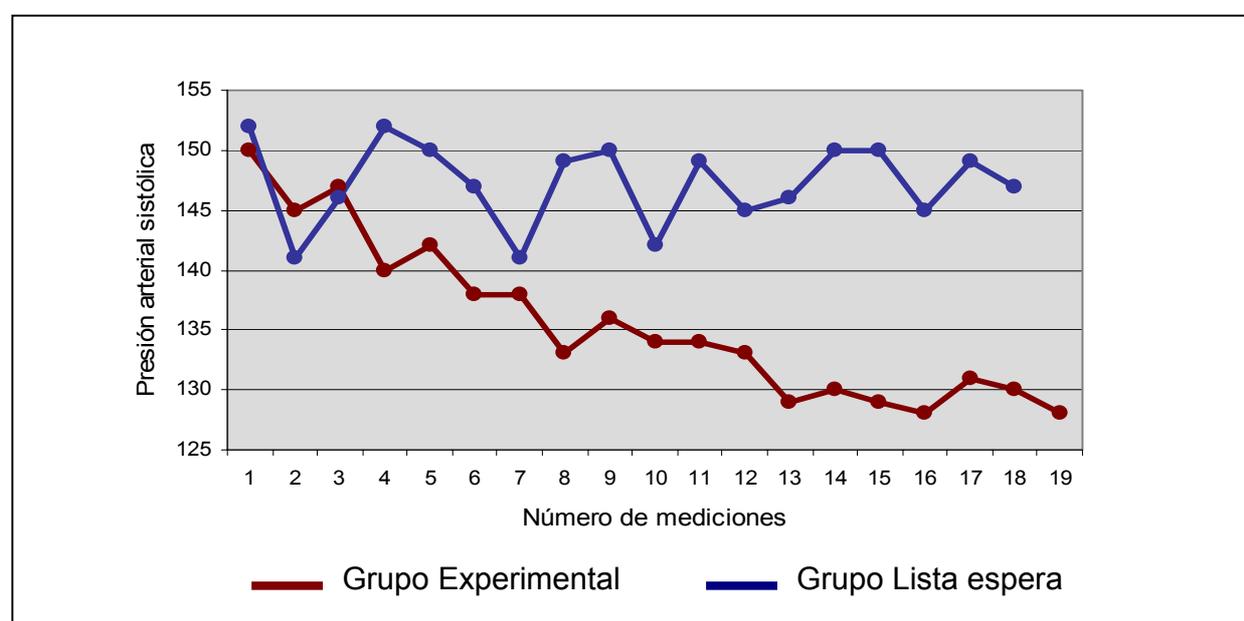
Grupos	Experimental	Control
No. de sujetos que reducen el peso	17	8
No. de sujetos que reducen el peso en 5 o más Kg	1	-
No. de sujetos que aumentan el peso	4	17
No. de sujetos que aumentan el peso en 5 o más Kg	-	-

Los datos reflejados en la tabla anterior muestran que solo en 1 paciente del grupo experimental presentó una reducción de 5.1 Kg lo que nos permite afirmar que las modificaciones observadas en la PA no estuvieron determinadas de manera exclusiva por los cambios en el peso corporal.

La otra variable que fue necesario controlar por su posible influencia en las cifras de PA fue el tipo y dosificación del tratamiento antihipertensivo: en ningún caso se produjeron cambios del mismo durante el período comprendido entre la evaluación inicial y el de evaluación final. Una vez realizado este análisis se procedió a valorar los resultados del Programa en la PA y la FC.

Al evaluar el comportamiento de la **Presión arterial sistólica** se observa que el 97,22 % de los pacientes hipertensos correspondientes al Grupo experimental presentaron reducciones en sus cifras de PAS al concluir la etapa de implementación del Programa con una reducción promedio de 10.43 mmHg, llegando a ser estadísticamente significativas en todos los grupos (Ver Anexo 19). El 100 % presentó reducciones en sus cifras de PAS en la etapa de evaluación final del Programa, siendo la diferencia promedio entre la fase inicial y la fase final de 18.37 mmHg. En el gráfico siguiente se representa el comportamiento de la PAS durante la experiencia.

Gráfico 7: Comportamiento de la Presión arterial sistólica.



Sin embargo, resulta más relevante desde el punto de vista de la salud precisar cuántos pacientes presentaron reducciones clínicamente significativas. Al respecto, el *Hypertension Detection and Follow up Program* (1979), plantea que reducciones = ó > de 10 mmHg podrían considerarse significativamente efectivas. Mediante técnicas descriptivas se pudo precisar que en la etapa de evaluación final del Programa el 86,11% de los pacientes del grupo experimental logró reducciones ubicadas en este nivel.

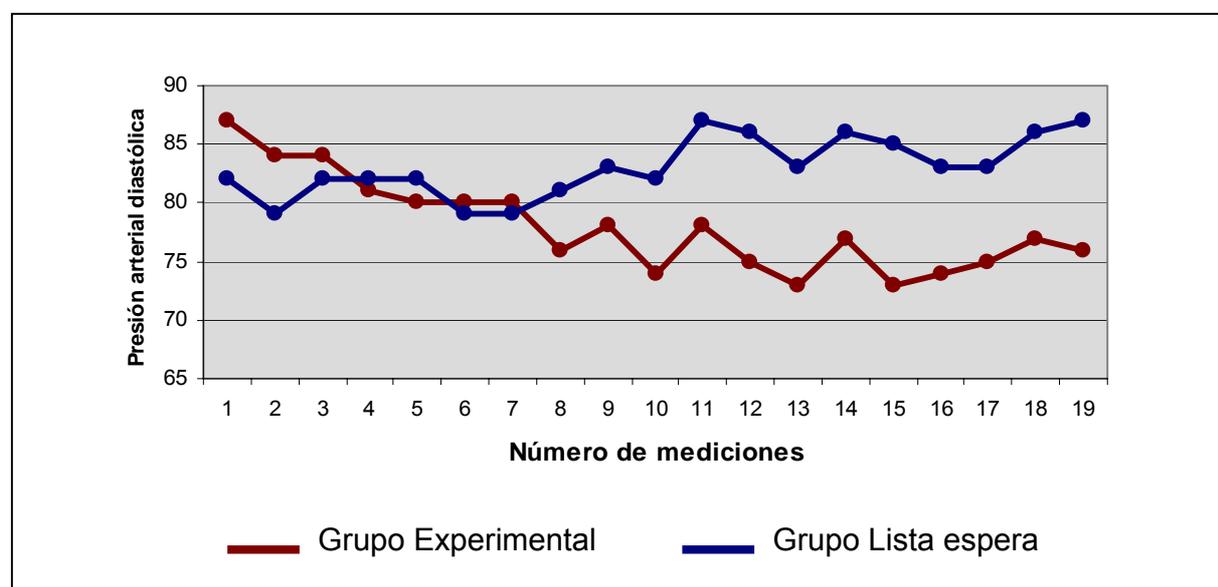
Al valorar el comportamiento de las cifras de PAS en el Grupo de Lista de espera se observó un ligero incremento promedio de 0.54 mmHg de la PAS al concluir el período correspondiente a la implementación del Programa, mientras que en la etapa de

evaluación final se incrementó en 1,91 mmHg. Desde el punto de vista estadístico, no se apreciaron diferencias significativas en las cifras de PAS en este grupo en ninguna de las etapas de evaluación. Sólo un 38,8 % de los pacientes de este grupo mostró reducciones clínicamente significativas al concluir la implementación del Programa y un 25% en la etapa de evaluación final.

Se realizó una comparación de las cifras de PAS entre el grupo experimental y el grupo de lista de espera, constatándose que no existían diferencias estadísticamente significativas en las cifras de PAS obtenidas en la línea base correspondiente a la etapa de evaluación inicial. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cifras promedio observadas al concluir la etapa de implementación ($p = 0.000$) y la etapa de evaluación final ($p = 0.000$). (Anexo 19)

En relación con la **Presión arterial diastólica** también se lograron reducciones en cada una de las etapas siguientes en relación con la evaluación obtenida en la línea base inicial, siendo las reducciones promedio de 7,56 mmHg al concluir la implementación y de 10,04 mmHg en la etapa de evaluación final.

Gráfico 8. Comportamiento de la Presión arterial diastólica.



Al valorar los resultados desde el punto de vista individual constatamos que el 91,61% de los pacientes del grupo experimental logró reducciones de la PAD en cada una de las etapas respectivamente. Desde el punto de vista clínico, en relación con la presión arterial

diastólica, el *Hypertension Detection and Follow up Program* (1979), reconoce como significativas aquellas reducciones = ó > de 5 mmHg. Tomando como referencia las cifras de la línea base inicial se constató que 83,33 % de los pacientes del grupo experimental logró reducciones por encima de este nivel en la etapa de evaluación final.

Por su parte, en el grupo de lista de espera se constató un ligero y progresivo incremento de la PAD en cada una de las etapas, siendo el incremento promedio a nivel grupal de 1,34 mmHg al concluir la implementación y 3.43 mmHg en la etapa de evaluación final, que no alcanzaron significación estadística (Anexos 18). Desde el punto de vista individual sólo un 22,22% de los pacientes mostró reducciones de las cifras de PAD al concluir la implementación del Programa y un 16,66% las mantuvo en la etapa de evolución final.

El estudio comparativo realizado entre el grupo experimental y el de lista de espera permitió corroborar que en la etapa de evaluación inicial del programa no existieron diferencias significativas en las cifras de la PAD observadas en cada uno de los mismos. Sin embargo si se observaron diferencias estadísticamente significativas en la etapa de la implementación del Programa ($p = 0.000$) y la de evaluación final ($p = 0.000$). (Anexo 19).

Por otro lado las investigaciones más recientes han puesto de relieve la relevancia clínica de la **Presión del Pulso** como predictor del riesgo asociado a la HTA (Marín, 2002). Al calcular las cifras de la PP correspondientes a cada una de las etapas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el de lista de espera en la etapa de evaluación inicial, pero si en las restantes etapas. Se constataron reducciones en la PP en el grupo experimental, siendo las reducciones promedio a nivel grupal de 4,23 mmHg al concluir la implementación del Programa y de 7,97 mmHg en la etapa de evaluación final. Al valorar individualmente el comportamiento de la PP en este grupo el 77,7 % de los pacientes presenta reducciones en la evaluación correspondiente a la etapa de implementación y un 86,11 % al concluir la misma. Un 69.45% de los pacientes obtienen reducciones clínicamente significativas en la etapa final.

Mientras que en el grupo de Lista de espera se apreció un ligero incremento de 0.81 mmHg al concluir la implementación y una reducción de 1.41 mmHg en la etapa de evaluación final. Desde el punto de vista individual un 33,3% muestra reducciones de la PP en las mediciones correspondientes a la etapa de evaluación final, de los cuales el

16.5% resultan clínicamente significativas. Al comparar el grupo Experimental y el Grupo Lista de espera se constataron diferencias estadísticamente significativas entre los mismos en la etapa de implementación del Programa ($p = 0.000$) y en la etapa de evaluación final ($p = 0.000$).

Al evaluar la efectividad de diversas estrategias interventivas, algunos reportes han puesto énfasis en el valor de la **Presión Arterial Media**. Así, en el Programa Nacional de evaluación, diagnóstico, tratamiento y control de la HTA en Cuba se señala que la OMS estima que una disminución de 2 mmHg en la presión arterial media de la población produce una reducción del riesgo de mortalidad global.

En este sentido, en la etapa pre-experimental no se observaron diferencias significativas en ninguno de los subgrupos estudiados (Anexo 18). Sin embargo, hay reducciones de la PAM en el grupo experimental en cada una de las etapas de evaluación, siendo las reducciones promedio a nivel grupal de 8.97 mmHg al concluir la implementación del Programa y de 13,05 mmHg en la etapa de evaluación final, alcanzando a ser estadísticamente significativas las diferencias observadas en todos los casos ($p = 0.000$ y $p = 0.000$ respectivamente). Del análisis individual de los pacientes se constata que al concluir la implementación el 100 % de los pacientes del grupo experimental logra reducciones de la PAM, siendo clínicamente significativas en el 86,11% al concluir el Programa y en el 91,66 % en la etapa de evaluación final.

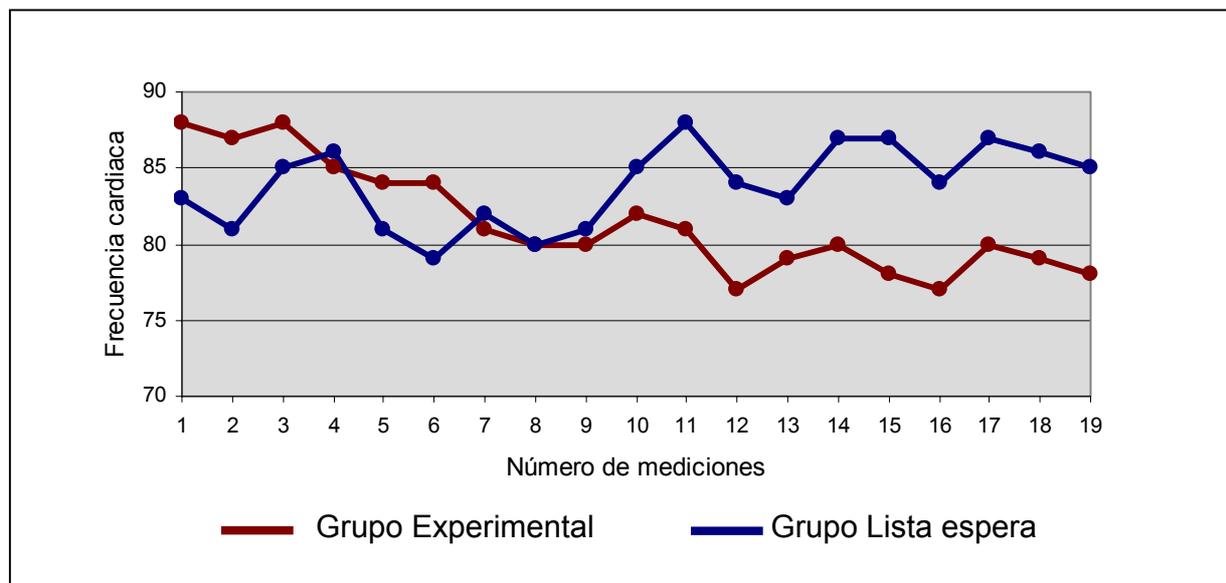
Contrariamente a lo descrito anteriormente, en el grupo de lista de espera se observa un incremento de la PAM de 1,07 mmHg en el período correspondiente a la etapa de implementación del Programa, en la que sólo el 16,66% de los pacientes muestra reducciones clínicamente significativas. En el período de evaluación final observamos un incremento de la PAM de 2.92 mmHg y sólo un 13, 88 % de pacientes muestra reducciones clínicamente significativas.

El análisis comparativo de la PAM entre los grupos experimental y Lista de espera muestra que en la etapa pre-experimental no existían diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p = 0.355$). Sin embargo si se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las etapas siguientes ($p = 0,000$ en todos los casos). (Anexo 19).

Al valorar la **Frecuencia cardiaca** tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo de lista de espera en la etapa pre-experimental ($p = 0.126$). Al concluir la etapa de implementación en el grupo experimental se constata una reducción de 6.57 latidos / min. que fue estadísticamente significativa ($p = 0.000$). En esta etapa el 97.22 % presentó reducciones de la FC, que en el 69,44 % de los casos fueron clínicamente significativas ($p = 0.000$). Los resultados obtenidos en la etapa de evaluación final evidencian que el 94,44% de los pacientes logra reducciones de los cuales el 83,33% son clínicamente significativas. La reducción promedio de la FC en esta etapa fue de 9.2 latidos / minuto con relación a la etapa pre-experimental.

El análisis de la FC en el grupo de lista de espera mostró un incremento promedio de 3.22 latidos / min. al concluir la etapa de implementación y de 5,83 latidos / min. en la evaluación correspondiente a la etapa final; encontrándose diferencias estadísticamente significativas al comparar cada etapa ($p = 0.001$ y $p = 0.000$ respectivamente). (Anexo 18). Desde el punto de vista individual solo el 16.66% de los pacientes redujeron la FC al concluir la implementación y un 11.11% mantuvo reducciones clínicamente significativas en la etapa de evaluación final.

Gráfico 9: Comportamiento de la Frecuencia Cardiaca.



Los resultados descritos en las variables fisiológicas evidencian la efectividad del Programa de autocontrol Emocional en la reducción de las cifras de PA, así como en el control de la enfermedad.

Por otro lado, el interés creciente por aumentar la eficacia de los tratamientos adaptándolos no sólo al trastorno sino a las características de los pacientes ha llevado a la necesidad de precisar no sólo si un tratamiento funciona, sino en qué condiciones se producen los logros terapéuticos. De ahí que en nuestra investigación se decidió aplicar la Regresión lineal múltiple con el objetivo de precisar qué variables mostraron mayor determinación en las modificaciones constatadas. Como resultado de su aplicación constatamos que las reducciones constatadas en la PA y la FC mostraban una relación de dependencia significativa con la variable grado de control de la enfermedad, siendo los pacientes descontrolados y que presentaban mayores cifras al inicio del programa los que obtuvieron mejores resultados en las variables fisiológicas. Similar análisis se realizó con las variables psicológicas estudiadas observando que el nivel alto de motivación durante el programa fue la variable que mostró mayor nivel de determinación en los logros constatados en el bienestar emocional de los pacientes.

3.5 Evaluación del impacto del Programa de Autocontrol Emocional.

Una de las mayores dificultades en el tratamiento de la hipertensión arterial es el bajo cumplimiento por los pacientes de las indicaciones médicas. En este sentido se constató mediante la entrevista clínica realizada a los pacientes un mejoramiento en la adherencia terapéutica. En la etapa de evaluación inicial del programa encontramos que 21 pacientes (58.33%) solo acudían a medirse su presión arterial cuando se sentían mal y 7 (19.44%) no se la habían medido en los últimos seis meses. Por otro lado 13,8% de los pacientes no cumplían regularmente con el tratamiento farmacológico y 2 pacientes (5.55%) lo habían abandonado desde hacía más de 1 año.

Al realizar el encuentro de seguimiento evolutivo a los dos meses constatamos un incremento en la adherencia terapéutica. Un total de 30 pacientes (83.33 %) refirieron chequear quincenalmente su PA de los cuales 26 (72.22 %) mantenían actualizada con mediciones quincenales la hoja de registro de los indicadores fisiológicos que les había sido entregada, aspecto que redundaba positivamente en el propio proceso autorregulativo, en tanto la disminución de las cifras tensionales actúa como un agente reforzador en el

proceso de constitución de sentido de sus experiencias de autocontrol emocional actual. Por otro lado, el 91.67% refirió estar cumpliendo sistemáticamente con el tratamiento farmacológico indicado, lo cual es expresión de una mayor responsabilidad con el cuidado de su enfermedad.

La piedra angular del tratamiento de la hipertensión son los cambios en el estilo de vida del paciente. Particularmente la modificación de las conductas de riesgo asociadas a la HTA constituye uno de los retos fundamentales de la Psicología de la Salud, por ello al concebir el diseño del Programa se dedicó una sesión a fomentar su reconocimiento, así como a estimular la percepción de riesgo asociada a la enfermedad.

Al valorar el impacto del Programa de Autocontrol Emocional para pacientes con HTA uno de los logros fundamentales es precisamente la disminución en algunos pacientes de las conductas de riesgo asociadas a la enfermedad, lo cual en nuestra opinión se vio favorecido por dos elementos básicos que fueron tomados en consideración al concebir el diseño lógico del Programa (Ver Manual del Programa, pp. 8). Por un lado, el incremento en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad propicia un incremento en su percepción de riesgo y consecuentemente el paciente intenta hacer modificaciones a favor de su recuperación. Por otro lado, se conoce que las emociones negativas se asocian con conductas de riesgo mientras que el Autocontrol emocional, al potenciar el bienestar emocional, le permite al paciente estar en mejores condiciones de controlar estas conductas como expresión del desarrollo de su capacidad autorreguladora.

Los resultados obtenidos confirman nuestros supuestos, pues al comparar el comportamiento de los factores de riesgo en la etapa pre-experimental (utilizando la Prueba de Wilcoxon), solo existían diferencias medianamente significativas en las variables consumo de café ($p = 0.077$) y peso ($p = 0.043$), mientras que en el resto de las conductas evaluadas no se constataron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo de lista de espera. (Ver Anexo 16).

Sin embargo, al concluir el proceso de implementación del Programa las diferencias en las variables peso y consumo de café pasaron a ser altamente significativas ($p = 0.017$ y $p = 0.018$ respectivamente), al igual que el hábito de fumar ($p = 0.007$), práctica de ejercicio físico ($p = 0.012$) e ingestión de bebidas alcohólicas ($p = 0.003$). En cuanto a la dieta alimentaria se observaron diferencias medianamente significativas ($p = 0.047$) y no

significativas en el consumo de sal. En nuestra opinión ambas variables resultan más difíciles de modificar, pues están muy relacionadas con la cultura y costumbres alimentarias de nuestro país. En la tabla siguiente se muestra el % de pacientes que incorporan modificaciones en sus factores de riesgo al concluir el Programa.

Tabla 24: Comportamiento de los factores de riesgo antes y después del Programa.

Conductas de riesgo	Grupo experimental. Antes / Después %		Grupo Lista de espera Antes / Después %	
	Antes	Después	Antes	Después
Hábito de fumar	33.33	8.33	41.66	41.66
Consumo frecuente de alcohol	47.22	25	52.77	47.22
Sedentarismo	80.55	66.66	75	72.22
Inadecuados hábitos alimenticios	91.66	63.89	86.11	91.66
Peso corporal excesivo	72.22	47.22	36.11	36.11
Consumo frecuente de café	97.22	72	91.66	91.66

Se ha señalado que una de las mayores limitaciones de las estrategias de intervención psicológica es la estabilidad del efecto propiciado por los Programas. Por ello decidimos evaluar estas variables a los dos meses, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 25. Comportamiento de los indicadores fisiológicos a los dos meses de seguimiento.

Variables fisiológicas	Grupo Experimental	Grupo Lista de espera	Grupo Experimental / Lista de espera
PAS	Incremento de 0.51 mmHg El número de pacientes con reducciones clínicamente significativas es del 75%	Incremento 1,98 mmHg El número de pacientes. con reducciones clínicamente significativas es de 16.6%	Hay diferencias significativas (p = 0.000).
PAD	Incremento de 0.06 mmHg El número de pacientes con reducciones clínicamente significativas fue del 75%	Incremento 3,98 mmHg. El número de pacientes con reducciones clínicamente significativas fue del 11,11%	Hay diferencias significativas (p = 0.000).
FC	Reducciones de 0.93 lat / min El 83,33% muestra reducciones clínicamente significativas.	Incremento de 6,71 lat / min. El 11.11% de los pacientes mostró reducciones clínicamente significativas.	Hay diferencias significativas (p = 0.004).

Los resultados presentados en la tabla anterior muestran como en el grupo experimental hubo un ligero incremento en la PAS y la PAD que no alcanzó significación estadística. La PP, la PAM y la FC mostraron reducciones que si alcanzaron a ser medianamente significativos en los dos últimos indicadores ($p = 0.066$ y $p = 0.068$ respectivamente). En el grupo de lista de espera hubo incrementos en todas las variables fisiológicas estudiadas, que fueron significativamente estadísticos en la PAD ($p = 0.020$) y la PAM ($p = 0.005$). El análisis comparativo del Grupo Experimental y el grupo de Lista de Espera muestra diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.

Desde el punto de vista de la evolución individual, el 100% de los pacientes del grupo experimental mostró reducciones de todos los indicadores fisiológicos en este período, de los cuales más del 70 % se consideran clínicamente significativos, mientras que en el grupo de Lista de espera el número de pacientes con reducciones en este período es del 53% de los cuales, de los cuales menos del 30% alcanzan a ser clínicamente significativas.

De esta manera se constata la estabilidad de los resultados en los indicadores fisiológicos y se hace evidente la influencia favorable que el Programa ha tenido en el curso y evolución de la enfermedad hipertensiva, en tanto las reducciones logradas no sólo implican un mayor control sobre la enfermedad, sino que también contribuyen a reducir el riesgo global asociado a la misma.

Uno de los objetivos básicos en las estrategias terapéuticas antihipertensivas es lograr retardar el inicio de la terapia farmacológica. En este sentido, 5 de los pacientes (13,88%) que conformaron la muestra estaban presentando cifras altas mantenidas en el momento de comenzar la intervención, por lo que sus médicos ya valoraban el inicio del tratamiento farmacológico. La incorporación al Programa permitió lograr el control de sus crisis hipertensivas y de esta manera prolongar el inicio de la terapia antihipertensiva. Por otro lado, en ningún caso fue necesario modificar la indicación terapéutica que tenían prescrita, en tanto más del 50% de los pacientes mostraron un control de sus cifras tensionales a partir de la 6ta sesión, mientras que en el resto de los pacientes se observaron reducciones progresivas hasta alcanzarlo al final del tratamiento. Este es un elemento esencial si tomamos en consideración los efectos indeseables descritos en los fármacos antihipertensivos.

Los elementos expuestos evidencian el impacto favorable que ha tenido el Programa en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes que participaron en la experiencia, no solamente por el nivel de control de su enfermedad hipertensiva, sino porque permitió aprender técnicas y recursos para el autocontrol emocional que implican un aprendizaje para la vida. Esto se hace evidente en las frases siguientes:

- ORP: *“la experiencia no solo me sirvió para controlar mi enfermedad, sino que me ha hecho reflexionar sobre mi vida”*
- DGG: *“ahora me siento más segura de mí misma, pues he aprendido técnicas que me sirven para controlarme cuando las cosas no anden bien”*

A partir de las propias intervenciones de los pacientes y de los resultados obtenidos por la entrevista, se pudo constatar como las transferencias de aprendizaje a situaciones del contexto familiar y laboral facilitaron la resolución de conflictos interpersonales. Esto queda ilustrado en la siguiente frase:

- ACG: *“Las técnicas me sirvieron para darme cuenta de muchas cosas ... de hecho los he incorporado en mi vida familiar ... he descubierto que estaba confundido, no comprendía por qué mi hijo me rechazaba y eso me enojaba mucho cuando en realidad era yo quien lo estaba alejando de mí, nunca me propuse entenderlo... ahora las relaciones con mi mujer y mi hijo han mejorado y eso me hace sentirme mejor “*

Además valoramos los beneficios obtenidos a partir de la aplicación del programa de Autocontrol Emocional en el mejoramiento de los Servicios de salud, al brindarse una atención más integral a los pacientes hipertensos con un costo mínimo de tiempo (tres horas promedio) y de recursos, lo que avala la eficiencia del programa de Autocontrol emocional. La aplicación grupal del Programa reduce los tiempos de espera de los pacientes hipertensos que son remitidos a la consulta de Psicología por el médico de familia por presentar baja adherencia terapéutica o crisis hipertensivas como resultado del estrés o desajustes en su funcionamiento emocional.

En nuestra opinión, la experiencia de trabajo en equipo del médico de familia y el psicólogo resultó determinante en el logro de los resultados obtenidos y es muestra de lo que se puede hacer en el campo de la prevención de salud, cuando más allá de las barreras profesionales se coloca la salud y el bienestar de la población en el centro de nuestro trabajo.

3.6 Análisis integral de los resultados.

El diseño del Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial, partió de la consideración de las necesidades de los pacientes hipertensos, así como, de los juicios de los profesionales encargados de su atención en las unidades de salud lo que permitió garantizar su *pertinencia*.

La combinación de técnicas reflexivo - vivenciales, cognitivas y de desactivación fisiológica a partir del trabajo en grupo, concebidas en el diseño lógico y metodológico del Programa, resultaron *suficientes* para el logro de sus objetivos específicos y fomentaron una nueva actitud del paciente hacia el proceso salud - enfermedad como expresión de la potenciación de una orientación personalógica salutogénica.

El incremento del nivel de conocimiento de la Hipertensión arterial esencial y sus manifestaciones particulares en cada paciente fue un elemento necesario para lograr un mayor compromiso del paciente con el proceso salud- enfermedad en general y con la experiencia terapéutica en particular, al permitir:

- Favorecer la comprensión de cómo interactúan en la HTA los elementos biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales y sociales.
- Incrementar la percepción del riesgo asociado a la enfermedad hipertensiva.
- Propiciar una mayor responsabilidad con el control de la enfermedad.

Por otro lado, el reconocimiento de la influencia de los factores emocionales en el curso y evolución de los trastornos hipertensivos permitió que los pacientes concientizaran la necesidad del autocontrol emocional como un recurso útil para lograr el control de la enfermedad, lo que favoreció el interés y la motivación por el programa.

La estimulación de la autoconciencia emocional condujo al descubrimiento de las emociones propias y llevó a los pacientes a la reflexión del significado personal sobre el cual se ha construido cada emoción. Este proceso de reflexión propició a su vez una mejor comprensión en los pacientes de sus emociones.

De esta manera, los pacientes aprendieron a reconocer que en el proceso emocional hay dos etapas, una primera en la que se produce una reacción más inmediata, más automatizada y por lo tanto menos supeditada al control voluntario, y una segunda

etapa en la que transcurren complejos procesos de valoración, control y expresión emocional que si es posible controlar de manera voluntaria a partir del procesos autorregulativos.

La selección reflexiva de una u otra estrategia de afrontamiento condicionó una expresión emocional adaptada a las circunstancias generadoras de éstas, así como una percepción adecuada de las posibilidades que tenían los pacientes de controlar esa situación en función no solo de sus demandas, sino también de sus recursos.

Las nuevas representaciones que los pacientes construyeron sobre su vida emocional propiciaron una reorganización interna de las mismas a partir del proceso de aprendizaje que se generó y permitieron descubrir las contradicciones que están en la base de estados emocionales como la ansiedad, la depresión y la ira. A su vez la atenuación y/o remisión de los estados emocionales negativos implicó un mejoramiento en el bienestar emocional de los pacientes, potenciándose una actitud más optimista y positiva ante su vida.

La transferencia de las técnicas y recursos que se abordaron en las sesiones a otros contextos, como expresión de la potenciación de su zona salutogénica, les permitió resolver algunas de las situaciones emociógenas generadoras de conflictos. En este sentido, los logros que los pacientes fueron alcanzando en la medida que las sesiones avanzaban se convirtieron en elementos mediatizadores que sirvieron de reforzadores de los cambios que progresivamente fueron obteniendo.

Por otro lado se propiciaron reducciones estables de las cifras de presión arterial y frecuencia cardiaca de los pacientes que, en la mayoría de los casos, resultaron clínicamente significativas, lo que significó una reducción en el riesgo global asociado a la enfermedad. Unido a ello, el incremento de la adherencia terapéutica, así como las modificaciones saludables que incorporaron en su estilo de vida, contribuyeron al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes que participaron en la experiencia.

Los elementos antes expuestos avalan la efectividad, eficacia y eficiencia del Programa de Autocontrol Emocional diseñado en la presente investigación y evidencian las posibilidades que brinda el mismo en la atención integral del paciente hipertenso.

Conclusiones

CONCLUSIONES.

- En el proceso de autocontrol emocional se integran como mecanismos psicológicos, la autoconciencia emocional y la autorregulación emocional, que revelan una organización de procesos complejos dentro de los cuales se transforman permanentemente sus elementos constitutivos, conduciendo a momentos cualitativamente superiores de bienestar psicológico y la salud.
- En la constitución subjetiva de los pacientes hipertensos se generan emociones contradictorias caracterizadas por un bajo nivel de concientización de sus significados personales, dificultades en la expresión emocional y una percepción rígida en el control de sus emociones, las que dan lugar a estados emocionales negativos como la ansiedad, ira y en menor medida la depresión.
- La integración de los elementos psicológicos en el proceso salud - enfermedad en los pacientes hipertensos, se vio reflejada en altos niveles de activación psicofisiológica y la presencia de conductas de riesgo que se asocian a estados emocionales negativos, así como, a bajos niveles de control en sus cifras de presión arterial.
- El Programa para el Autocontrol emocional de pacientes con Hipertensión arterial esencial, en el cual se combinan técnicas de desactivación psicofisiológica, técnicas informativas, cognitivas y reflexivo - vivenciales, resultó efectivo en tanto permitió potenciar los componentes básicos del autocontrol emocional y propició un mejoramiento del bienestar emocional de los pacientes y reducciones de sus cifras de presión arterial y frecuencia cardiaca.

- La potenciación de la zona salutogénica del paciente hipertenso a través del Programa de Autocontrol emocional estimuló una actitud de búsqueda y movilización conciente de los recursos personológicos en la consecución de niveles superiores de regulación emocional, lo que se expresó en una mayor responsabilidad con el control de su enfermedad y con la construcción de su bienestar y desarrollo personal.
- Los principios teóricos-metodológicos que sustentan la propuesta del Programa de Autocontrol Emocional resultan funcionales como guía para la atención psicológica de los pacientes hipertensos esenciales, en tanto el alcance de la intervención se corresponde con las modificaciones esperadas.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES:

- Tomando en consideración la novedad y actualidad del tema del Autocontrol Emocional y su importancia en el bienestar psicológico, se recomienda continuar realizando investigaciones que permitan una mejor comprensión del dinamismo sobre el que transcurren las relaciones funcionales entre sus componentes.
- Generalizar la aplicación del Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial en las diferentes unidades de atención primaria encargadas del tratamiento de estos pacientes y continuar evaluando su efectividad.
- Valorar la implementación del diseño lógico del Programa de Autocontrol Emocional en la atención psicológica de otras enfermedades crónicas, haciendo las adaptaciones y ajustes pertinentes de acuerdo a cada patología.
- Divulgar los resultados de la investigación, en particular los instrumentos validados en el marco de la misma, en Revistas y Eventos científicos nacionales, de manera que puedan ser incorporados por nuestros profesionales en su trabajo, como parte del proceso diagnóstico.

Bibliografia

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Adamowics, J.K. y Gibson, D. (1970). Cue screening, cognitive elaboration, and heart- rate change. *Canadian Journal of Psychology*, 3, 68-75
- Alexander, C.N., Schneider, R.H y Staggers. (1996). Trial of stress reduction for hypertension in older African Americans II: sex and risk subgroup analysis. *Hypertension*, 28, 228-237.
- Alexander, F.G (1950). *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*. New York: Horton.
- Alexander, F.G. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1, 173-179.
- Alonso, F. (1989). *Psicología Médica y Social*. Barcelona: Salvat.
- Alvarez, M.A. (1989). *Stress. Un enfoque psiconeuroendocrino*. La Habana: Editorial Científico- Técnica.
- Alvarez, M.A. (2000). *Stress. Un enfoque integral*. La Habana: Científico- Técnica.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas. Cuadernos Metodológicos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- American Psychiatric Association. (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ra ed.) (D.S.M - IV)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . (D.S.M - IV)*. Washington, DC: APA.
- American Society of Hypertension (1992). Recommendations for Routine Blood pressure measurement by Indirect Cuff Sphygmomanometry. *American Journal of Hypertension*, 5, 207-209.
- Amigo, I. (1988). *Aplicación de una técnica cognitivo- comportamental al problema de la hipertensión esencial*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Santiago de Compostela.
- Amigo, I. (1991). Estudio sobre la eficacia de las técnicas psicológicas para el manejo del estrés en el tratamiento de la HTA esencial. *Cardiología e Hipertensión*, 3, 105-114.
- Amigo, I. (1992). ¿Existe una personalidad característica del paciente hipertenso? En J. Hidalgo (Ed.), *Psicología de la personalidad*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Amigo, I. (1994). La hipertensión de bata blanca: ¿una hipertensión condicionada? *Análisis y Modificación de Conducta*, 69, 19-31.
- Amigo, I. (1998). Hipertensión arterial. En I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 143-161). Madrid: Pirámide.
- Amigo, I. (2000). *El precio biológico de la civilización*. Madrid: Ediciones Celeste.
- Amigo, I. y Buceta, J .M. (1989). Valoración de la presión arterial en pacientes hipertensos: influencia del procedimiento de medida. *Psicothema*, 1-2, 87-95.

- Amigo, I. y Buceta, J.M. (1990). Contribución psicológica al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud* (pp. 209- 226). Madrid: Eudema
- Amigo, I. y Herrera, J. (1993). Hipertensión y estrés. *Medicina Clínica*, 14, 25-27.
- Amigo, I. y Johnston, D. (1989). El status del tratamiento psicológico de la hipertensión arterial esencial. *Psicología de la Salud*, 2, 3-17.
- Amigo, I., Fernández, A. y González, A. (2001). Relajación muscular e hipertensión arterial: Estudio controlado con pacientes medicados y no medicados. *Psicología Conductual*, 1, 131-140.
- Amigo, I., Fernández, A., González, A. y Herrera, J. (2002) Muscle relaxation and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Psicothema*, 1, 47-52.
- Amigo, I., Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (1991). Tratamiento comportamental de pacientes con HTA esencial. Valoración de un programa para el manejo del estrés mediante medidas de autoinforme. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 189-210.
- Amigo, I., Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (1999). Posibilidades y límites del tratamiento psicológico de la hipertensión arterial esencial. *Hipertensión, Suplemento 1*, 587-589.
- Amigo, I., Fernández, A., González, A. y Herrera, J. (2002). Muscle relaxation and continuous ambulatory Blood pressure in mild hypertension. *Psicothema*, 14, 1, 47-52.
- Amigo, I., González, A. y Herrera, J. (1997). Comparison of physical exercise and muscle relaxation training in the treatment of mild essential hypertension. *Stress Medicine*, 13, 59-65.
- Andren, L. y Hasson, L. (1981). Circulatory effects of stress in essential hypertension. *Acta Médica Scandinava Supplement*, 646, 69-72.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: testing the sense of coherence model. In: H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*. New York: Wiley & Sons.
- Antunez, Celzo. (1999). Alfabetizãõ emocional. Novas estratégias. Petrópolis: Editora Vozes.
- Aravena, V. (1995). *El estrés, causas, consecuencias y formas de manejarlo*. Curso Taller dirigido a personal de la ENAP. Punta Arenas: Fundación para el Desarrollo. XII Región Magallanes (FIDE XII).
- Armario, P. y Hernández, R. (2002). Variabilidad de la presión arterial. *Nefrología*, 3, 54-58.
- Ártica, M.V. (1999). La prevención del estrés y técnicas de relajación. *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 46, 111-119.
- Asmar, R. y Zanchetti, A. (2000). Guidelines for the use of self blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. *Hypertension*, 18, 493- 508.
- Atencio, G. y Lucas, A. (1999). Yogoterapia de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, Vol 15, 1.
Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi09199.htm.

- Australian Therapeutic Trial. Management Committee of the Australian Therapeutic Trial in mild hypertension. (1982). Untreated mild hypertension (MCA). *Lancet*, 1, 185-191.
- Avia, M.D. (1984). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds), *Manual de Modificación de Conducta*. (pp. 128-140) Madrid: Alhambra.
- Ayman, D. (1933). The personality type of patients with arteriolar essential hypertension. *American Journal of Medicine Science*, 186, 213-217.
- Ayman, D. y Goldshire, A.D. (1940). Blood pressure determinations by patients with essential hypertension: the difference between clinic and home readings before treatment. *American Journal of Medicine Science*, 200, 465-474.
- Baer, P. E., Collins, F. H., Bourenoff, G. C. y Ketchel, M. F. (1979). Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. *Psychosomatic Medicine*, 16, 721-730.
- Bakal, D.A. (1996). *Psicología y salud*. Bilbao: Desclée de Bruwe.
- Balaguer, I. (1997). Epidemiología de la Hipertensión y de la cardiopatía hipertensiva. En M.M. Iriarte (Comp.), *Cardiopatía hipertensiva* (pp. 83-100). Barcelona: Harcourt Brace.
- Baptista, A. (2003). Teoría de la selección natural, psicología evolucionista y emociones. *Ansiedad y Estrés volumen 9*, 2-3, 145-173.
- Barr, B. P. y Benson, H. (1984). The relaxation response and cardiovascular disorders. *Annals of Behavioral Medicine*, 6, 28-32
- Belloch, A. y Barreto, M. P. (1987). *Psicología Clínica. Trastornos bio-psico-sociales*. Valencia: Promolibro.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología. (Volumen II)*. Madrid: Mc. Graw Hill.
- Bermúdez, J. (1984). Investigación en personalidad: Naturaleza e implicaciones del Patrón de Conducta Tipo – A. *L'Arrel*, 5, 141-162.
- Bermúdez, J. (1985). Investigación en Personalidad -I: Método. En J. Bermúdez (Ed.), *Psicología de la Personalidad* (pp. 101-130). Madrid: UNED.
- Blanco, A. (1994). *Apuntes de Intervención psicológica en medicina*. Valencia: Promolibro.
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gulleto, E., Georgiades, A. y Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 569-590.
- Bonanno, T.J. (2001). Emotion self-regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current, Issues and future directions* (pp.251-285). New York: The Guilford Press.
- Bonanno, T.J. y Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125, 760-766.
- Boota, A., Varma. R. & Singh, A. (1995). Role of relaxation in hypertension. *Journal Indian Academy Applied Psychology*, 21, 29-36.
- Boutelle, R., Epstein, S. y Ruddy, M. (1987). The relation of essential Hypertension to feelings of anxiety, depression an danger. *Psychiatry*, 50, 206-217.

- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: PARANINFO.
- Braunwald, E. (1999). *Tratado de Cardiología (5ta edición) Volumen I*. México: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Breva, A., Espinosa, M. y Palmero, F. (2000). Ira y reactividad cardiaca en una situación de estrés real. *Anales de Psicología*, 1, 1-11.
- Brod, J. (1970). Hemodynamics and emotional stress. En M. Koster, H. Musaph y P. Visser (Eds.), *Psychosomatics in essential hypertension*. New York: Karger.
- Brod, J., Fend, V., Hejl, Z. y Jurka, J. (1959). Circulatory changes underlying blood pressure elevation during acute emotional stress (mental arithmetic) in normotensive and hypertensive subjects. *Clinical Science*, 18, 269- 279.
- Broege, P.A. (1996). The blood pressure response to daily stress in normotensive female nurses. *Disertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (10-B), 5804.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (1996). *Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Buceta, J. M. (1997). Tratamiento comportamental de un caso de estrés. En D. Maciá y F. X. Méndez. (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos* (pp. 295-308). Madrid: Pirámide.
- Buceta, J. M., Amigo, I. y Bueno, A. M. (1990). Tratamiento comportamental de pacientes con HTA esencial: valoración de un programa de manejo de estrés, mediante medidas de autoinforme. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 15, 6-16.
- Buceta, J.M. (1991). *Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED.
- Buchel, C., Morris, J., Dolan, R.J y Friston, K.J. (1998). Brain system mediating aversive conditioneng: An event-related MRI study. *Neuron*, 20, 947-957.
- Buela- Casal, G. y Sierra, J.C. (2001). *Manual de evaluación y trastornos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buela- Casal. G., Caballo, V. E. y Sierra J.C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y Salud. Desarrollos actuales*. Murcia: Ingramur.
- Buendía, J. (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Bykov, K.M. (1969). *Patología córtico-visceral*. Madrid: Atlante.
- Cacioppo, J.T, Gardner, W.L., Berntson, GG. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: form follows function. *Journal of personality and social Psychology*, 76, 839-855.
- Caine, T.M., Foulds, G.A. y Hope, K. (1967). *Manual of the hostility and direction of hostility questionnaire*. Lodon: University of London Press.
- Calviño, M. (2002). Análisis dinámico del comportamiento. La Habana. Editorial "Félix Varela".

- Calvo, F., Díaz, D., Ojeda, N., Ramal, J. y Alemán, S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 203-213.
- Campo, C. y Ruilope, L. M. (2002). Hipertensión y diabetes. *Riesgo cardiovascular*, 3, 57-60.
- Cannon, W.B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Harper y Row
- Cano Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. En E. G. Fernández Abascal (Cor.), *Manual de Motivación y emoción* (pp. 337-383). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cano Vindel, A. (1997). Modelos explicativos de la emoción. En E. G. Fernández Abascal (Ed.), *Psicología General. Motivación y emoción* (pp. 127-161). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cano Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés volumen 9*, 2-3, 203-229.
- Cano Vindel, A. (2003). Técnicas cognitivas en el control del estrés. Trabajo presentado en la Escuela Complutense de Verano "*Psicopatología de las emociones, estrés y salud*" de la Universidad Complutense de Madrid, España.
- Cano- Vindel, A. y Aguirregabiria, B. (1989). La teoría de la emoción de James: pasado, presente y futuro de las cuestiones básicas. *Revista de Historia de la Psicología*, 10, 249-259.
- Cano- Vindel, A. y Miguel- Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 111-121.
- Cano- Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz - Ovejero, M. B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: Relaciones con la salud y la enfermedad. En E. G. Fernández- Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud* (pp. 69-87). Barcelona: Ariel.
- Cano-Vindel. A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Editora de la Universidad Complutense.
- Carmen, F. J., Sanz, L .J. y Marín, D. (2002). Patrón de conducta tipo A y patología coronaria. *Psiquis*, 23 (1), 22-28
- Casado Morales, M.L. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid.
- Casado, M.I. (2003). *Técnicas conductuales en el tratamiento de la depresión*. Trabajo presentado en la Escuela Complutense de Verano "*Psicopatología de las emociones, estrés y salud*" de la Universidad Complutense de Madrid, España.
- Casado, M.I. y Miguel- Tobal, J. J. (1996). Programa de intervención cognitivo conductual en pacientes hipertensos. *Mapfre Medicina*, 3, 197-208.
- Caseras, X. y Farre, J. M. (1994). Cafeína, colesterol y hostilidad: ¿un trío poco recomendable? *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 32, 64-66.
- Castellanos B, Grau, J., & Martín, M. (1986). *Caracterización de la ansiedad personal presente en la personalidad premórbida de pacientes con trastornos transitorio-*

- situacionales y neurosis de ansiedad*. Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Cea, J. I., Brazal, J.C. y González- Pinto, A. (1997). Estrategias de afrontamiento e Hipertensión esencial. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 4(7).
Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>
- Chasen, C. y Muller, J. E. (1998). Cardiovascular triggers and morning events. *Blood pressure Monit*, 3, 35-42.
- Chinchilla, A. (1999). Aspectos etiopatogénicos, clínicos y diagnósticos. En A. Chinchilla (Ed.), *Guía terapéutica de las depresiones* (pp. 17-39). Barcelona: Masson.
- Cobo, F., Gil- Extremera, B. y Maldonado, A. (2000). Presión arterial nocturna y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión esencial. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114, 85-88.
- Coca, A. y de la Sierra, A (2002). *Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso*. Barcelona: Editorial Médica JIMS, SI.
- Coca, A. (2002). *Necesidad de un control estricto de la presión arterial*. Noticias- HTA. Madrid: Spanish Publishers Associates (SPA).
- Coca, A. y de la Sierra, A. (1988). El consumo excesivo de sal en la dieta y la hipertensión arterial esencia (I): evidencia epidemiológica, experimental y clínica. *Medicina Clínica (Barc)*, 91, 307-313.
- Cochrane, R. (1973). Hostility and neuroticism among unselected essential hypertensives. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 215-218.
- Coleman, T. G., Guyton, A. C., Young, D. B., De Clue, J. W., Norman, R. A. y Manning, R. D. (1975). The role of the kidney in essential hypertension. *American Heart Journal*, 89, 94-98.
- Colli, M. y Mantilla, E. (1998). Estrés y cardiopatía isquémica. Programa de prevención y rehabilitación en el paciente coronario como parte de la rehabilitación integral. *Revista Cubana de psicología*, 15 (2), 105-116.
- Comisión Nacional de HTA. (1995). *Guía práctica para el manejo de la HTA*. MINSAP. Cuba.
- Comisión Nacional de HTA. (1998). *Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión arterial*. MINSAP. Cuba.
- Conde, M. y Menéndez, F. J. (2000). Estudio experimental sobre el parámetro frecuencia respiratoria adecuado para conseguir disminuciones en la activación psicofisiológica. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 153-167.
- Conde, V. (1969). La escala Heteroaplicada y heterovalorada para la depresión de Zug - Conde. Facultad de medicina de Salamanca. Editorial: Cervantes.
- Conde, V. y Franch, J. I. (1989). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: UP. Jonh Farmoquímica, S.A.
- Coob, S. y Rosee, R. M. (1973). Hypertension, peptic ulcer, and Diabetes in Air Traffic controllers. *Journal of American Medical Association*, 224, 489-492.

- Córdova, A. (1988). *El problema del estrés en la medicina. Aspectos teóricos, experimentales y clínicos*. La Habana: Científico- Técnica.
- Coutin, G., Borges, J., Batista, R. y Feal, P. (2001). El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. Verificación de una hipótesis. *Revista Cubana de Medicina*, 2.
Disponible en: http://www.sld.cu/revistas/med/vol40_2_01/medsu201.htm
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una Psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII, 1, 83-96.
- Cuesta V. (1991). Medición de la presión arterial por medio de aparatos automáticos. *Hipertensión*, 8, 153-163.
- Curb, J., Borhani, N. O. y Blaszkowski, T. P. (1985). Long-term surveillance for adverse effects of antihypertensive drugs. *Journal of the American Medical Association*, 2539, 3263- 3268.
- Damasio, A.R. (2000). *El error de Descartes*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray. (Traducción en Alianza Editorial, Madrid, 1984)
- Davidson, R.J. e Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3, 11-21.
- Davidson, R.J., Jackson, D.C. y Kalin, N.H (2000). Emotion, plasticity, contest and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890-909.
- Davies, M. H. (1970). Blood pressure and personality. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 89-104.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Davison, G., Williams, M., Nzami, E., Bice, T. & Dequatro, V. (1991). Relaxation, reduction in angry articulated thoughts and improvements in borderline hypertension and heart rate. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 453-468.
- Delgado, J. M. (1960). Circulatory effects of cortical stimulation. *Physiological Review*, 40 (sup. 4), 146-178.
- Diamond, E.L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 2, 410-433.
- Did, J.P. (1999). Hipertensión arterial. Estratificación del riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 6, 597-604.
- Diener, E. (1999). Introduction to the special section on the structure of emotion. *Journal of personality and social Psychology*, 76, 803-804.
- Dimenas, E.S., Wilklund, I. K, Dahlof, C.G, Lindvall, K.G, Olofsson, B.K y De Faire, H.U. (1989). Differences in the subjective well-being and symptoms of normotensives, borderline hypertensives and hypertensives. *Hypertension*, 7, 885-890.

- Dimsdale, J.E., Pierce, C.H. y Schoenfeld, D. (1986). Supressed anger and blood pressure. The effects of race, social class, obesity and age. *Psychosomatic Medicine*, 48, 430-436.
- Ditto, B. (1986). Parental history of essential hypertension and coronary hart disease. *Psychological Bulletin*, 2, 410-433.
- División, J.A. y Artigao, L.M (2002). Automedidas domiciliarias y monitorización ambulatoria ¿Técnicas alternativas y / o complementarias?. *Nefrología*, 3, 21-27.
- Dollard, J. y Miller, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy: an analysis in terms of learning. Thinking and Culture*. New York: McGraw-Hill.
- Domínguez, F. J. (1991). *Determinantes conductuales de la reactividad cardiovascular como factor de predisposición a la Hipertensión primaria*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- Donker, F.J. (1991). Tratamiento psicológico de la Hipertensión. En G. Buela- Casal (Comp.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 81-98). Madrid: Siglo XXI de España.
- Duchenne de Bologne, G.B. (1990). The mechanism of human facial expression (Trad. R.A. Curhbertson). New York: Cambrigde University Press (Original publicado en 1862).
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. New York: P.B. Hoeber.
- Dworkin, B.R., Miller, N. E., Craigmyle, N. y Pickering, T. (1979). Baroreceptor activation reduces reactivity to noxious stimulation: Implications for hypertension. *Science*, 205, 1299-1301.
- Ebony, L., Daumit, G. L., Frick, K.D., Minkovita, C. S., Lawrence, R. S. y Pow, N. R. (2002). Quality of Clinical reports on Behavioral Interventions for hypertension. *Preventive Medicine*, 4, 463-475.
- Eirin, E. J., Castellón, K. C., Lara, G., Eirin, J. M., Azaret, E. D. y Chinaea, G. (2001). La hipertensión arterial y su tratamiento con auriculopuntura y entrenamiento autógeno. *Medicentro* ;5 (3).
Disponible en:<http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/V5n3001/hiper.htm>
- Eisenberg DM., Delblanco TL y Berkey CS. (1993). Cognitive behavioral techniques for hypertension: Are the effective? *Ann Intern Med*, 118, 964-972.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In K.R. Scherer y P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 319-343). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, L.E.A.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99, 550-553.
- Elbert, Th., Rockstroh, B., Lutzenberger, W., Kesler, M., Pietrowsky, R. y Bribauwer, N. (1988). Baroreceptor stimulation alters pan sensation depending on tonic blood pressure. *Psychophysiology*, 25, 25-29.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Endler, N.S. y Flett, G.L (2001). *Endler multidimensional Anxiety Scales – Social Anxiety Scales Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

- Endler, N.S. (1978). The interaction model of anxiety. Some possible complications. N O.M. Landers y R. W. Christina (Eds.): *Psychology of Motor behaviour and Sport*, 1977, Human Kinetics, Champaign, 332-351.
- Esler, M. D., Julius, S., Zwiflier, A., Randall, O., Harburg, E., Gardiner, H. y De Quattro, V. (1977). Mild high-renin essential hypertension: A neurogenic human Hypertension? *New England Journal of Medicine*, 296, 405-411.
- Eysenck, H. J. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*. Barcelona: Herder.
- Eysenk, H. J. (1959). *Manual of the Maudsley Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Falkner, B., Onesti, G., Angelakos, E. T., Fernández, M. y Langman, C. (1979). Cardiovascular response to mental stress in normal adolescents with hypertensive parents. Hemodynamics and mental stress in adolescents. *Hypertension*, 1, 23-30.
- Fariñas, G. (2003). Aprendizaje y personalidad desde una perspectiva de investigación. En Colectivo de Autores, *Pensando en Personalidad. Tomo I* (pp. 318-336). La Habana: Editorial. Félix Varela.
- Feldman, L.A. (1995). Valence focus and arousal focus: Individual differences in the structure affective experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 153-166.
- Fernández - Abascal, E.G (1987). La intervención psicológica en la hipertensión arterial. En J .M. Buceta (Comp.), *Psicología Clínica y Salud. Aplicaciones de estrategias de intervención* (pp.109-149). Madrid: UNED.
- Fernández - Abascal, E.G, y Palmero, F. (1995). Activación. En E.G., Fernández-Abascal (Cor.), *Manual de motivación y emoción* (pp.56-111). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández - Abascal, E.G, y Palmero, F. (1999). Emociones y Salud. En E.G., Fernández-Abascal (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 5-17). Barcelona: Ariel.
- Fernández - Abascal, E.G. (1993). *Hipertensión. Intervención psicológica*. Madrid: Eudema.
- Fernández - Abascal, E.G. (1995). Psicología de la motivación y la emoción. En E.G., Fernández-Abascal (Cor.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 23-55). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández - Abascal, E.G. (2002). Desarrollos tecnológicos en la investigación sobre emociones. Seminario Internacional Complutense, Perspectivas actuales en el estudio de las emociones. Facultad de Psicología., Universidad Complutense de Madrid, 7-8 de Marzo.
- Fernández - Abascal, E.G. y Calvo, F. (1985). Modelos psicofisiológicos de la Hipertensión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 71-109.
- Fernández - Abascal, E.G. y Martín, M. D. (1995). Evaluación de los trastornos cardiovasculares. En A. Roa (comp.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 693-728). Madrid: IMPRESA.

- Fernández - Abascal, E.G. y Martín, M.D. (2000). Sensibilidad y estabilidad temporal de los índices de reactividad cardiovascular en el afrontamiento activo y pasivo. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 1, 11-21.
- Fernández - Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández - Concepción, O., Verdecie- Feria, O.I., Chávez-Rodríguez, L., Alvarez - González, M. A. y Fiallo-Sánchez, M. C. (2002). Patrón de conducta tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Neurología*, 7, 622-627.
- Fernández - Dols, J.M, Iglesias, J., Mallo, MJ. (1990). Comportamiento no verbal y emoción. En J.L Pinillos y J Mayor (Eds.), *Tratado de psicología General. Volumen 8: Motivación y Emoción* (pp. 255-307). Madrid: Alambra.
- Fernández - Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Fernández - Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: Un estudio preliminar. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Vol 4, 8. Página 9-17.
- Fernández, A. (1998). *Efecto de la relajación muscular y calidad de vida en la Hipertensión arterial esencial*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Oviedo.
- Fernández, L. (1994). *Manual de Psicología preventiva*. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández, M.C. y Villa, J. (1991). Trastornos coronarios. En J. Gil y T. Ayllón (Eds.), *Medicina Conductual. Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud* (pp. 397-433). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M. P. (1998). Comportamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En P. Barreto, J. Gil y M. Toledo (Comp.), *Intervención en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 99-130). Valencia: Promolibro.
- Flores, L (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología Conductual*, 5, 3, 313-344.
- Folkow, B. (1982). Physiological aspects of primary hypertension. *Physiological Reviews*, 62, 347-504.
- Foster, G.D. y Bell, S.T. (1983). Relation of state and trait anxiety to essential hypertension. *Psychological Reports*, 52, 355-358.
- Freedman, A. F., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1982). *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Científico - Técnica.
- Friedman, H., DiMatteo, R. (1989). *Health Psychology*. NY: Prentice Hall.
- Friedman, M. J. y Bennet, P. L. (1977). Depression and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 2, 135-142.
- Friedman, M. J. y Ulmer, D. (1984). *Treating Type A behavior and heart*. New York: Alfred A. Knopf.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1974). *Type A behaviour and your heart*. New York: Knopf.

- Friedman, R., Schwartz, J.E., Schall, P.L., Pieper, C., Gerin, W. y Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in hypertension. Relationships to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 1, 19-31.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fuentenebro, F., Santos, J.L. y Agudo, J. L. (1990). Medicina psicosomática. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Comp.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Volumen I* (pp. 597- 640). Madrid: Interamericana Mc Graw- Hill.
- Gadhi, S.K. y Kong, S.X. (1996). Quality of life measures in the evaluation of antihypertensive group therapy: rehability, validity, and quality of life domains. *Clinical Therapy*, 6, 1276- 1295.
- García - Huete, E. (1991). Intervención en trastornos cardiovasculares. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 67-80). Madrid: Siglo XXI.
- García - Vera, M.P., Labrador, F.J. y Sanz, J. (1997). Stress management training for essential hypertension: A controlled study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 4, 261-283.
- García - Vera, M.P. (1993). Análisis funcional de un caso de estrés. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 353-366). Madrid: Pirámide.
- García - Vera, M.P. (1995). *Hipertensión esencial: validez de los valores clínicos de presión arterial y valoración de un programa de intervención conductual*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid.
- García - Vera, M.P. y Sanz, J. (2000). Tratamientos cognitivo-conductuales para la hipertensión esencial. En L. A. Oblitas y E. Becoña (Comp.), *Psicología de la Salud* (pp. 215-275). México: Valdés y Plaza.
- García - Vera, M.P., Sanz, J. y Labrador, F. J. (1999). Propuesta de un sistema de evaluación y diagnóstico de la hipertensión esencial en atención primaria. *Clínica y Salud*, 1, 83- 119.
- García - Vera, M.P., Labrador, F.J. y Sanz, J. (1998). Psychological changes accompanying and mediating stress- management training for essential hypertension. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 3, 159- 178.
- García - Vera, M.P., Labrador, F.J. y Sanz, J. (1999). Comparison of clinic, home self-measured and work self-measured blood pressures. *Behavioral Medicine*, 1, 13-22.
- García - Vera, M.P., Sanz, J. y Labrador, F.J. (2000). El problema de la Hipertensión Clínica Aislada o la hipertensión de Bata Blanca en los ensayos clínicos de los tratamientos antihipertensivos. *Ansiedad y Estrés*, 1, 71-92.
- García- Vega, E. (1994). *Manejo de estrés en la enfermedad de Crohn*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Oviedo.
- García- Vega, E. (1999). *Psicología de la Salud. Proyecto Docente*. Universidad de Oviedo.

- García, B., Grzib, G. y Fernández- Trespalacios, J. L. (1987). Intervención preventiva con pacientes hipertensos: Aportaciones de la investigación básica. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 267- 281.
- García, E. (1993). Papel del psicólogo en un equipo de salud cardiovascular. En M. A. Simón (Comp.), *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp. 45-55). Madrid: Pirámide.
- García-Vera, M.P., y Sanz, J. (1999). How many self- measured blood pressure readings are needed to estimate hypertensive patients' "true" blood pressure?. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 93-113.
- Gil, J. (2000). *Manual de Psicología de la Salud. Volumen II. Comportamiento y salud / enfermedad*. Granada: Ediciones Némesis.
- Gleibermann, L. (1973). Blood pressure and dietary salt in human populations. *Ecology Food and Nutrition*, 2, 143-156.
- Goldberger, L. y Breznitz, S. (1982). *Handbook of stress*. New York: The Free Press.
- Goldstein, H. S., Med, D., Elderberg, H., Meiser, C. F. y Davis, L. (1988). Relationship of resting blood pressure and heart rate to experienced anger and expressed anger. *Psychosomatic Medicine*, 36, 321-329.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- González de Rivera. (2001). Nosología psiquiátrica del estrés. *Psiquis*, 1, 1-7
- González Ordi, H. (1997). El proceso de relajación: aspectos antecedentes, mediadores y consecuentes de las técnicas de tensión- distensión, respiración y sugestión. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 155-175.
- González T, Deschappelles E y Rodríguez V. (2000). Hipertensión arterial y estrés. Una experiencia. *Revista Cubana Medicina Militar*, 29 (1), 26-9.
- González, A. y Amigo, I. (1992). La intervención Psicológica como tratamiento de elección en un caso de hipertensión arterial esencial. *Psicología de la Salud*, 1, 63-75.
- González, A. y Amigo, I. (1998). Valoración de la eficacia clínica de los programas de manejo de estrés en el tratamiento de la HTA esencial. *Psicología de la Salud*, 2, 5-18.
- González, A. y Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento de relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 1, 25-32.
- González, A., Castillo, E., Zupirio, X., Yila, L. y González de Rivera, A. (1997). Reactividad al estrés, estrategias de afrontamiento y ajuste social. *Psiquis*, 9, 31-39.
- González, A.M. (1994). *Terapia Psicológica vs ejercicio físico en el tratamiento de la hipertensión esencial ligera*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Oviedo.
- González, A.M., Amigo, I., Herrera, J. y García-Vega, E. (2000). Eficacia aislada y diferencial de los programas de manejo de estrés y ejercicio físico mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Análisis y Modificación de Conducta*, 106, 205-246.

- González, A.M., Pérez, M. y García-Vega, E. (2000). ¿Desconexión cerebral o discriminación interoceptiva? Una revisión del modelo de la disregulación de G. Schwartz. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 2, 192-204.
- González, F. (1988). La Psicología: Reflexiones sobre su lugar en el campo de la salud. *Revista Cubana de Psicología*, 5,3, 55-61.
- González, F. (1989). *Psicología. Principios y categorías*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- González, F. (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. La Habana: Félix Varela.
- González, F. (1997) *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Editorial. Pueblo y Educación.
- González, F. (1999). La configuración subjetiva del estrés. En J. Buendía (Comp.), *Familia y Psicología de la Salud* (pp.81-92). Madrid: Pirámide.
- González, F. y Valdés, H. (1994). *Psicología humanista. Actualidad y desarrollo*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- González, F. y A. Mitjans (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González, R. (1998). *Clínica psiquiátrica. Básica actual*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- González, R. (1998). Técnicas de autocontrol en estrés. En J.C. Millán y J. Tejeiro (Comp.), *Comunicación, estrés y accidentabilidad. Tres factores de actualidad* (pp. 181-190). Santiago de Compostela: Universidad de Coruña.
- González, R.L., Interina, S. M., Rodríguez, J. R. y Menéndez, J. (1999). Educación para la salud. Influencia en ancianos hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 4, 364-367.
- González, T. y Vera, V. (1986). Relación tiempo libre y salud. *Revista Cubana de Psicología*, 3, 2, 57-61.
- Gorostidi, M y Prieto, M. A. (2002). Nefropatía vascular. En R. Marín y A. Alvarez (Eds.), *Enfermedad Vascular: Prevención secundaria desde la medicina de atención primaria* (pp. 61-70). Oviedo: SAHRVA.
- Graham, J. D. (1945). High Blood pressure after Battle. *Lancet*, 6339, 239-240.
- Grau J, Martín M, Portero D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Rev Interamericana de Psicología*; 27(1), 37-58.
- Grau, J. y Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Revista Psicología y Salud*, enero-junio: 137-49.
- Grau, J. (1982). Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica. Tesis doctoral, Referat publicado por la Editorial de la Universidad Estatal "Lomonosov" de Moscú. (en ruso).
- Grau, J. (1998). Estrés, Salud y Enfermedad. Material docente de la Maestría en Psicología de la Salud, Impresiones ligeras, Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

- Grau, J. y Mas, M. (1989). La investigación patopsicológica de la personalidad en la clínica somática. Compilación de artículos. Patopsicología. Facultad de Psicología. Universidad Central de Las Villas.
- Grau, J., Hernández, E. y Vera- Villarroel, P. (2004). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. Grau, Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones (Eds.). México: Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara. (en prensa).
- Grau, J., Victoria, C.R Hernández, E. (2004). Calidad de vida y Psicología de la Salud. En E. Hernández y J. Grau, Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones (Eds.). México: Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara. (en prensa).
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation. An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Grzib, G. y García, B. (1990). Aspectos metodológicos en la evaluación conductual de la intervención con pacientes hipertensos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 47, 81-99.
- Guevara, I .J., Zaldívar, D. y Roca, M. A. (1997). *Reflexiones sobre el estrés*. Santa María: Rosthill. Disponible en: <http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/V4n300/evaluacion.htm>
- Guevara, P., González, N. y López, R. (2000). Evaluación de la atención al paciente con hipertensión arterial. *Medicentro*, 3. Disponible en:<http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/V4n300/evaluation.htm>
- Gutman, M.C. y Benson, H. (1971). Interactions of environmental factors and systemic arterial pressure: a review. *Medicine*, 50, 543-553.
- Guyton, A. C. (1977). Personal views on mechanisms of hypertension. En J. Genest., E. Koiv y O. Kuchel (Eds.), *Hypertension: Physiopathology and treatment* (pp. 566-575). New York: Mc Graw- Hill.
- Guyton, A. C., Coleman, T.G., Bower, J.D. y Granger, H.J. (1970). Circulatory control in hypertension. *Circulation research*, 26-27 (sup. II), 135-147.
- Guyton, A.C. (1991). *Tratado de Fisiología Médica* (8va edición en español). Madrid: Interamericana- Mc Graw Hill.
- Guyton, A.C. y Coleman, T.G. (1974). A systems analysis approach to understanding long range arterial blood pressure control and hypertension. *Circulation research*, 35, 159-176.
- Hamilton, J.A. (1942). Psychophysiology of blood pressure. Personality and behavior ratings. *Psychosomatic Medicine*, 4, 125.
- Handersons, R.J., Hart. M.G., Lel, K.L.. y Hunyor, S.N. (1998). The efectct of home training with direct blood pressure biofeedback of hypertension: a placebo – controlled study. *Journal of Hypertension*, 6, 771-779.
- Hans, P., Schobel, B. y Grossi, G. (1998). Hypertensive of pregnancy: a dysregulation of the sympathetic nervous system? *Journal of Hypertension*, 5, 569-571.

- Harburg, E., Blakekock, E.H. y Roeger, P.J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 41, 189-202.
- Harburg, E., Erfurt, J.C., Hauenstein, L.S., Chape, C., Schull, W.J. y Schork, M.A. (1973). Socioecological stressor areas and black-white blood pressure: Detroit. *Journal of Chronic Diseases*, 26, 595-611.
- Harburg, E., Julius, S., McGinn, N.S., Mcleod, J. y Hoobler, S.W. (1964). Personality traits and behavioral patterns associated with systolic blood pressure levels in College males. *Journal of Chronic Diseases*, 17, 405-414.
- Hart, J.H. (1974). The marriage of primacy care and epidemiology. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 8, 299-309.
- Hart, J.T. (1989). *Hipertensión. Su control en la comunidad*. Barcelona: Doyma.
- Heine, B.E., Sainsbury, P. y Chynoweth, R. C. (1969). Hypertension and emotional disturbance. *Journal of Psychiatric Research*, 7, 119-130.
- Hennekes, CH. (1983). Alcohol. En N.M. Kaplan y J. Stamler (Eds.), *Prevention of the coronary heart disease* (pp. 26-32). Philadelphia: Saunders.
- Henry, J.P. y Casel, J. C. (1969). Psychological factors in essential hypertension. Recent epidemiology and animal experimental evidence. *American Journal of Epidemiology*, 90, 171-200.
- Hergueta, G. (1998). *Guía de la Hipertensión Arterial*. Madrid: Laboratorios LACER, S.A.
- Hernández, J., Llovet, J.M., Jeri, G., Leal, C., Dato, J.M. y López, C. (1998). Perfil de personalidad en la hipertensión arterial esencial. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16 (2), 105-109.
- Herrera, J. y Amigo, I (1993). Hipertensión arterial de bata blanca. *Hipertensión*, 9, 13-18.
- Hines, E.A. y Brow, G.E. (1933). A standard test for measuring the reactivity of blood pressure: its significance as a Index of the Pre-hypertensive state. *Annals of Internal Medicine*, 7, 209-217.
- Hines, E.A. y Brow, G.E. (1936). The cold pressor test for measuring the reactivity of blood pressure: Data concerning 571 normal and hypertensive subjects. *American Heart Journal*, 11, 1-9.
- Hines, E.A. (1940). The significance of hyperreaction as measured by the cold pressor test. *American Heart Journal*, 19, 408-416.
- Hodapp, V. (2003). Psychophysiological research on anger. *Ansiedad y Estrés volumen 9*, 2-3, 175-190..
- Hoegholm, A., Kristensen, K.S., Bang, L.E. y Gustavsen, P.H. (2000). Hipertensión de bata blanca y variabilidad de la presión arterial. *American Journal of Hypertension*, 2, 30-47.
- Hoff., E.C., Kell, J. y Carroll, M. (1963). Effects of cortical stimulation and lesions on cardiovascular function. *Physiological Review*, 43, 68-114.
- Hollenberg, N.K., Adams, D.F., Solomon, H., Chenitz, W.R., Burger, B. M., Abrams, H. L. y Merrill, J. P. (1975). Renal vascular tone in essential and secondary hypertension. *Medicine*, 54, 29-44.

- Hollenberg, N. K., Borucki, L. J. y Adams, D. F. (1978). The renal vasculature in early essential hypertension. Evidence for pathogenic role. *Medicine*, 57, 167-176.
- Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Study. (1979). Reduction in mortality in persons with high blood pressure, including mild hypertension. *Journal of the American Medical Association*, 242, 2562-2571.
- INTERSALT (1988). An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *British Medical Journal*, 297, 319-328.
- James, W. (1981) What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205 (traducción en 1985 en Estudios de Psicología, 20).
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.L. y Rosenman, R.H. (1992). *Manual del Inventario de Actividad de Jenkins (Forma C) (JAS)*. Madrid: TEA, Ediciones, SA.
- Jensen, J., Lenforf, A., Stimpel, H., Frost, J., Ibsen, H. y Rosenkilke, P. (1999). Prevalencia y etiología de la impotencia en 101 pacientes varones hipertensos. *American Journal of Hypertension*, 1, 429-433.
- Johnston, D. (1987). The behavioral control of high blood pressure. *Health Psychology*, 69, 99-114.
- Johnston, D.W. (1991). Stress management in the treatment of mild hypertension. *Hypertension*, 17 (suppl III), III63-III68.
- Joint National Committee. (1977). Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. A cooperative study. *JAMA*, 237, 255-261.
- Joint National Committee. (1980). The 1980 report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*, 140, 1280-1285.
- Joint National Committee. (1984). Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*, 144, 1045-1057.
- Joint National Committee. (1986). Nonpharmacological approaches to the control of high blood pressure. Final report of the subcommittee on nonpharmacological therapy of the 1984 Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 8, 444-446.
- Joint National Committee. (1988). The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC IV). *Arch Intern Med*, 148, 1023-1038.
- Joint National Committee. (1993). Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*, 153, 154-183.
- Joint National Committee. (1997). Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*, 157, 2413-2446.

- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA*, 289, 2560-2572.
- Jonas, B. y Lando, J.F. (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62, 188-196.
- Jonas, B.S, Franks, P. e Ingram, D.D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Archives of Familial Medicine*, 1, 43-49.
- Jonhston, D.W. (1987). The behavioral control of high Blood pressure. *Current Psychological Research and reviews*, 6, 99-114.
- Jonhston, D.W. (1991). Stress management in the Treatment of mild hypertension. *Hypertension*, 17 (3), 63-68.
- Jula, A., Salminen, J.K. y Sarijarvi, S. (1999). Alexithymia, a facet of essential hypertension. *Hypertension*, 4, 1057-1061.
- Julius, S. (1981). The psychophysiology of borderline hypertension. En J. Genest, E. Koiw y O. Kuchel (Eds.), *Hypertension: Physiopathology and treatment* (pp. 630-640). New York: Mc Graw- Hill.
- Julius, S. y Cottier, Ch. (1983). Behavior and hypertension. En Th. .M. Schmidt y G. Blumchen (Eds.), *Biobehavioral bases of coronary heart disease* (pp. 271-289). Basel: Karger.
- Julius, S. y Esler, M. (1975). Autonomic nervous cardiovascular regulation in borderline hypertension. *American Journal of Cardiology*, 36, 685-696.
- Julius, S. y Schork, M. .A. (1971). Borderline hypertension- A critical review. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 723-754.
- Kaplan, N.M. (1978). *Clinical hypertension*. Baltimore: Willians and Wilkins.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1985). *Tratado de Psiquiatría (2da edición)*. Barcelona: Salvat.
- Kaplan, N. M. (1980). *Hipertensión Clínica*. México: El Manual Moderno.
- Kasl, D.A. y Cobb, S. (1970). Blood pressure changes in men undergoing job loss: A preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 32, 19-38.
- Kidson, M.A. (1973). Personality and hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 35-41.,
- Kirkendall, W.M., Feinleib, M., Freis, E. D. y Mark, A .L. (1980). Recomendations for human blood pressure determinations by sphygmomanometers. *Circulation*, 62, 1146-1155.
- Kobasa, S., Maddi, S.R., Khan, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*, 42, 168-77.

- Kong, D.F. y Felow, M.D. (2001). Medicina basada en la evidencia. *Adult Clinical Cardiology Self-Assessment Program (ACCSAP) -2000*. Barcelona: Pacmer, S .A (fotocomposición).
- Krantz, D., Contrada, R., Hill, R., y Friedler, E (1988). Environmental stress and biobehavioral antecedents of coronary heart disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 333-341.
- Labrador, F.J. (1988). Conceptualizaciones y trastornos asociados al estrés. En A. Fierro (Comp.), *Psicología Clínica. Cuestiones Actuales* (pp. 145-164). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J. (1995). *El estrés: Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Labrador, F.J., Cruzado, J. A., Muñoz, M. y De la Puente, M. L. (1990). El estrés: problemas e intervenciones. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Comp.), *Psicología Médica, Psicopatología y Ppsiquiatría. Volumen I* (pp. 561- 578). Madrid: Interamericana Mc Graw- Hill.
- Labrador, F.J., Arce, F. y Florit, A. (1996). Entrenamiento en respiración frente a entrenamiento en relajación en medidas psicofisiológicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 81, 93-115.
- Landeta, O. (2000). Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 1, 149-155.
- Lane, J. D., Pieper, C.F., Phillips-Bute, B.G., Bryant, J.E. y Kuhn, C.M. (2002). Caffeine affects cardiovascular and neuroendocrine activation at work and home. *Psychosomatic Medicine*, 4, 595- 603.
- Lane, J.D. (1983). Caffeine and cardiovascular response to stress. *Psychosomatic Medicine*, 45, 447-451.
- Lang, P.J (1968). Fear reduction and fear behaviour: problems in treating a construct. En J.M. Shilen (Ed.), *Research in Psychotherapy*. Vol 3 (pp. 90-102). Washington: American Psychological Association.
- Lang, P.J (1978). Anxiety: Toward a psychophysiological definition. En H.S. Akiskal y W.L. Webb (Eds), *Psychiatric diagnosis: Explorations of biological predictors*. New York: Spectrum.
- Lang, P.J (1993). The network model of emotion: motivational connections. En R.S. Wyer y T.K. Srull (eds.), *Perspectives on anger and emotion. Advances in social cognition*, (vol.6). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lang, P.J, Bradley, M.M. y Cuthbert, B.N. (1999). *International affective picture system (IAPS). Technical manual and affective ratings*. Gainesville, F.L: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.
- Lang, P.J. (1980). Behavioral treatment and bio- behavioral assessment : Computer applications. En J.B. Sidowski, J.H. Johnson y T.A. Williams (Eds.), *Technology in mental health care delivery systems* (pp. 119-137). Norwod, N.J: Ablex.
- Lang, P.J., Melamed, B. G y Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitisation procedure". *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1147-1154.

- Lange, C.G. (1985). *The emotions*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Langford, H.G., Blaufox, M.D. y Oberman, A. (1985). Dietary therapy slows the return of hypertension after stopping prolonged medication. *Journal of American Medical Association*, 253, 657-664.
- Lawler, K.A. y Allen, M.T. (1981). Risk factors for hypertension in children: their relationship to psychophysiological responses. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 199-204.
- Lazarus, R.S. y Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lazarus, R.S. (2000). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company (Traducción española: Ed. Descleé de Broker, 2000).
- Lazarus, R.S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En K.R. Scherer, A. Schorr y T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 37-67). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1991) *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. y Smith, C.A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. *Cognition and Emotion*, 2, 281-300.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and Emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Le Doux, J.E. (1990). Information flow from sensation to emotion: Plasticity in the neural computation of stimulus value. En M. Gabriel y J. Moore (Eds.) *Learning and computational neuroscience: Foundations of adaptive networks* (pp. 3-52). Cambridge, MA: Bradford Books/MIT press.
- Le Doux, J.E. y Phelps, E.A. (2000). Emotional networks in the brain. En M. Lewis y J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions. Second Edition* (pp. 157-172). New York: The Guilford Press.
- Lerman, C.E., Brody, D.S. y Hui, T. (1989). The white coat hypertension responses: prevalence and predictors. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 225-231.
- Leventhal, H. (1984). A perceptual motor theory of emotion. In K.R. Scherer y P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 271-291). Hillsdale, NJ.: L.E.A.
- Leventhal, H. (2000). Emotions: structure and adaptive functions. En G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress. Volume 2* (pp. 34-47). San Diego, C.A: Academic Press.
- Levine, S. y Croog, S. (1985). Quality of life and the patient's response to treatment. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 7, 132-136.
- Lewis, M.D. (2000). Emotional self-organization at three times scales. En M.D. Lewis e I. Granic (Ed.), *Emotion, development and self-organization: dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 37-69). Cambridge U.K: Cambridge University Press.

- Liga Española para la Lucha contra la hipertensión Arterial. (1992). *Hipertensión y consumo de sal. Grupos de trabajo en Hipertensión*. Madrid: LELHA.
- Light, K.C. (1981). Cardiovascular responses to effortful active coping: Implications for the role of stress in Hypertension development. *Psychophysiology*, 18, 216-225.
- Light, K.C, Dolan, C.Y Sherwood, A. (1992). Cardiovascular responses to an active coping challenge as predictors of blood pressure patients 10 to 15 years later. *Psychosomatic Medicine*, 54, 217-230.
- Light, K.C. y Obrist, P.A. (1980). Cardiovascular reactivity to behavioral stress in young males with and without marginally elevated causal systolic pressures: A comparison of clinic, home and laboratory measurements. *Hypertension*, 2, 802-808.
- Light, K.C. y Obrist, P.A. (1985). Renal and cardiovascular effects of psychological stress and sodium intake. En E.. S. Katkin y S. B. Manuk (Eds.), *Advances in Behavioral Medicine* (vol 1, pp. 89-114). Greenwich: JAI Press.
- Linden, W. y Feurstein, M. (1983). Essential Hypertension and social coping behavior: Experimental findings. *Journal of Human Stress*, 2, 22-30.
- Littenberg, B., Garber, A.M. y Sox, H.C. (1990). Screening of Hypertension. *Ann Intern Med*, 112, 192-202.
- Lok, Ch.F. y Bishop, G.D. (1999). Emotion Control, stress and health. *Journal of Psychology and Health*, 5, 813-829.
- Long, J.M., Lynch, J. J. y Machiram, N.M. (1982). The effect of status on blood pressure during verbal communications. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 165-172.
- López, V., Arias, T., Tuero, M. R., Velasco, A.R., Pérez, R., Amigo, I., Hurtado, P., Villar, C. y Herrera, J. (1997). Prevalencia de hipertensión de bata blanca o hipertensión clínica aislada y del efecto de bata blanca en un consultorio de atención primaria del Área Sanitaria de Oviedo. *Hipertensión*, 9, 24-34.
- Lowestein, F.W. y Basle, M.D. (1961). Blood pressure relation to age and sex in the tropics and subtropics: a review of the literature and investigation in two tribes of Brazil Indians. *The Lancet*, 1, 389-392.
- Lucini, D. (et al). (2002). Life stress and autonomic responsiveness. *Hypertension*, 5, 184-188.
- Lun- Johansen, P. (1980). Hemodynamics in essential hypertension. State of the art review. *Clinical Science*, 59, 343-354.
- Lun-Johansen, P. (1977). Hemodynamics response to exercise in patients with arterial hypertension. *Acta Médica Scandinava (Sup. 606)*, 35-42.
- Lun-Johansen, P. (1979). Spontaneous changes in central hemodynamics in essential hypertension- A 10 years follow up study. En G. Onesti y C.R. Klimt (Eds), *Hypertension: Determinants, Complications and Intervention* (pp. 201-209). New York: Grune and Stratton.
- Luque, M. (2002). *Control y cumplimiento de la HTA. Programa EDUCA*. Madrid: Spanish Publishers Associates.

- Mac Dougall, J.M., Dembrosky, T.M., Slaats, S., Herd, J.A. y Eliot, R.S. (1983). Selective cardiovascular effects of stress and cigarette smoking. *Journal of Human Stress*, 9, 13-21.
- Macías I. (1999). Programa Nacional de prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1, 46-87.
- Maldonado, B.G., Raffo, S., Riveros, A., Sagaceta, A. y Ahumada, A. (1991). *Manual de Técnicas para grupos de personas con trastornos emocionales*. Santiago de Chile: Centro de recursos para la Atención Primaria en Salud, CRAPS.
- Mancia, G. y Zancheti, A. (1996). Hipertensión de bata blanca: nombres inapropiados, conceptos equivocados y mal entendidos. ¿Qué debemos hacer de ahora en lo adelante? *Iberoamerican Journal of Hypertension*, 1, 351-354.
- Mancia, G y Paratini, G. (2001). Importancia del control uniforme y mantenido de la presión arterial para la prevención de la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. *Blood Pressure Journal, Supl 3*, 27-33.
- Mancia, G., Bertinieri, G. y Grassi, G. (1983). Effects of pressure measurement by doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet*, 2, 695- 698.
- Mancia, G., Pomidossi, G., y Grass, G. (1987). Alerting reaction and rise in blood pressure during measurement by physician and nurse. *Hypertension*, 9, 209-215.
- Mann, A.H. (1977). Psychiatry morbidity and hostility in Hypertension. *Psychological Medicine*, 7, 653-659.
- Marín, R. (2002). Prólogo. En R. Marín y A. Alvarez (Eds.), *Enfermedad vascular: prevención secundaria des de la medicina de atención primaria* (pp.11). Oviedo: Sociedad Asturiana de Hipertensión y Riesgo Vascular (SAHRVA).
- Martell, N. (2002). *Consenso de actuación en HTA y FRCV*. Madrid: Ediciones DOYMA.
- Martín, L y Grau. (2004). La adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. En E. Hernández y J. Grau, *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones* (Eds.). México: Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara. (en prensa).
- Martín, L., Sairo, M. y Bayarre, H. (2002). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19 (2) (en formato electrónico).
- Martínez - Sánchez, F., Páez, D., Pennebaker, J.W. y Rimé, B. (2001). Revelar, compartir y expresar emociones: efectos sobre la salud y el bienestar. *Revista Ansiedad y Estrés*, 7, (2-3), 151-174.
- Martínez, F. y Fernández, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 2, 101-109.
- Martínez, M. A., García- Puig, J., Martín, J.C., Guallar- Castellón, A., Torre, A., Armada, E., Nevado, A. y Madero, R. S. (1999). Frecuencia y determinantes de la hipertensión de bata blanca en la hipertensión leve o moderada. *American Journal of Hypertension*, 1, 434- 443.

- Mayne, T.J y Ramsey. J. (2001). The structure of emotion: A nonlinear dynamic systems approach. En T.J. Mayne y G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current, Issues and future directions* (pp.1-37). New York: The Guilford Press.
- Mayne, T.J. y Bonanno, G.A. (2001). *Emotions: Current, Issues and future directions*. New York: The Guilford Press.
- McDonald, L.A., Sckett, D.L., Haynes, R.B. y Taylor, D.W. (1984). Levelling in hypertension: A review of the behavioral and psychological consequences. *J Chronic*, 37, 933-942.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1992). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Medical Research Council Working Party. (1985). MCR trial of treatment of mild Hypertension: principal results. *British Medical Journal*, 291, 97-104.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1987). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miasnikov, A.L. (1962). The significance of disturbances of higher nervous activity in the pathogenesis of hypertensive disease. En J. H. Cort, F. Z. Hejl y J. Jurka (Eds.), *The Pathogenesis of Essential Hypertension*. Prague: State Medical Publishing House.
- Miguel- Tobal, J.J (1985). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA)*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Miguel- Tobal, J.J. (2000). Emociones y salud: principios y aplicaciones. En J. M. Peiró y P. Valcárcel (Cords.), *Psicología y Sociedad* (pp. 81-107). Valencia: Real Sociedad Económica de Amigos del País.
- Miguel- Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0, 101- 112.
- Miguel- Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. En E. G. Fernández- Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Miguel- Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1997). *Manual del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA, Ediciones, SA.
- Miguel- Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: Psicopatología de las emociones. En F. palmero, E.G. Fernández Abascal, F. Martínez y E. Chóliz (Edis.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw - Hill
- Miguel- Tobal, J.J. y Casado Morales, M I. (1993). *Programa de Intervención cognitivo-conductual en pacientes hipertensos*. Memoria de Investigación, Fundación MAPFRE Medicina, Madrid.
- Miguel- Tobal, J.J. y González, H. (2003). Emociones y salud: perspectivas actuales en el estudio de los trastornos cardiovasculares. *Ansiedad y Estrés volumen 9*, 2-3, 121-144.
- Miguel- Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano- Vindel, A. y Spielberger, C.D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de expresión de ira-rasgo- STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 1, 5-20.

- Miguel- Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano- Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Manual del inventario de expresión de ira estado- rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA, Ediciones, SA.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M .I. (1996). Técnicas psicológicas para el tratamiento de la Hipertensión arterial. *Mapfre Medicina*, 7, 119-130.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo- conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 2, 199- 216.
- Ministerio de Salud Pública. (1998). Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión arterial. MINSAP. Cuba.
- Ministerio de Salud Pública. (2003). *Anuario Estadístico*. MINSAP. Cuba
- Molerio, O. (2003). El problema de la adherencia terapéutica en la Hipertensión arterial. Un reto para la Psicología de la Salud. Publicado en las memorias en CD del *III Simposio Internacional Psicología y Desarrollo Humano*, 2 al 4 de abril, Facultad de Psicología, Universidad central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Molerio, O. Bernal. M. y Pérez, G. (2002). *Efectividad de un Programa de Manejo de estrés en pacientes con HTA esencial*. Publicado en el Libro de Comunicaciones del *1er Simposio de Hipertensión Arterial y 1er Simposio de enfermedades Cerebro Vasculares*. Santa Clara, Villa Clara. Octubre, 2002.
- Molerio, O. y García, G. (2004). Retos y contribuciones de la Psicología de la Salud en el abordaje de la Hipertensión arterial esencial. Aceptado para publicar en *Revista Psicología. Universidad de Chile*.
- Molerio, O. y Arce, M.A. (2004). El estrés como factor de riesgo en la Hipertensión arterial esencial. Aceptado para publicar en la *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*.
- Molerio, O. y Bernal, M. (2003). Consideraciones preliminares sobre la efectividad de un Programa de Manejo de estrés en pacientes con HTA esencial. Publicado en el Libro de Comunicaciones del *III Simposio de Psicología y Desarrollo Humano*. Santa Clara, Villa Clara. Abril, 2003.
- Molerio, O. y García, G, (2004). Influencia del estrés y las emociones en la Hipertensión arterial esencial. Aceptado para publicar en la *Revista Cubana de Medicina*. 2004.
- Molerio, O. y García, G. (2004). Caracterización del funcionamiento emocional en pacientes con Hipertensión arterial esencial. Publicado en las memorias en CD del *II Simposio de Hipertensión arterial HTA 2004*, 25 al 27 de mayo, Centro de Convenciones Bolívar, Santa Clara, Cuba.
- Molerio, O. y Pérez, A. (2003). Importancia del Diagnóstico certero de la Hipertensión arterial: La Hipertensión de Bata Blanca. *Revista Cubana de Medicina*, 6, (42).
- Molerio, O. y Pérez, A. (2004). Relevancia de la Adherencia terapéutica en la Hipertensión arterial esencial. Publicado en las memorias en CD del *II Simposio de Hipertensión arterial HTA 2004*, 25 al 27 de mayo, Centro de Convenciones Bolívar, Santa Clara, Cuba.
- Molerio, O., Bernal, M. y Pérez, G.A. (2002). Efectividad de un programa de manejo de estrés en pacientes con Hipertensión esencial ligera. Publicado en las memorias en CD

del *I Simposio de Hipertensión arterial HTA 2004*, 29 al 31 de octubre, Centro de Convenciones Bolívar, Santa Clara, Cuba.

- Molerio, O., Curbelo, Y. y Corrales, M. (2004). Evaluación de la efectividad de un Programa de Autocontrol Emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial. Aceptado para publicar en la *Revista Cubana de Medicina*, 2005
- Molerio, O., Nieves Z, Otero, I. y Casas, G. (2004). Manual del inventario de expresión de ira estado-rasgo. (STAXI-2). Adaptación cubana. Informe de investigación científica. Universidad Central de Las Villas.
- Molerio, O., Nieves Z, Otero, I. y Casas, G. (2004). Manual del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. (ISRA-B). Adaptación cubana. Informe de investigación científica. Universidad Central de Las Villas.
- Molinero, E. (1997). Control ambulatorio de la presión arterial. En M. M. Iriarti (Comp.), *Cardiopatía hipertensiva* (pp.129-136). Barcelona: Harcourt Brace.
- Morales, F. (1998). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Científico- Técnica.
- Morano, J.S. y Olivan, J. (1990). Tratamiento no farmacológico de la Hipertensión arterial. *Hipertensión*, 7, 44-51.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1993). Estilos de vida y niveles de estrés en ejecutivos con Patrón A de conducta. En J. M. León y S. Barriga (Comp.), *Psicología de la Salud* (pp. 197-210). Sevilla: Eudema.
- Moser, J. (2003). The JNC: Stepped Care Is Alive and Well. *J Clin Hypertens* 5(3):187-190.
- Moser, M.D. (2001). White coat Hypertension- to treat or not to tread. *Arch Intern Med.*, 24, 2655-2656.
- Muller, J.E., Tofler, G.E. y Stone, P.H. (1989). Circadian variations and triggers of onset of acute cardiovascular disease. *Circulation*, 59, 733-743.
- Munakata, M., et al. (1998). Psychobehavioral factors involved in the isolated office hypertension: comparison with stress- induced hypertension. *Journal of Hypertension*, 4, 419-422. *Journal of Hypertension*, 5, 569-571.
- Muñoz , M. (2004). La intervención psicopedagógica en educación emocional. *Boletín de la SEAS*, 20, 13-26
- Myers, M., Oh, P. y Reeves, R.A. (1991). White coat phenomenon in patients receiving antihypertensive therapy. *American Journal of Hypertension*, 5, 844-849.
- Navarro, R. (2000). Aspectos cognitivos del estrés. En L.A. Oblitas y E. Becoña, *Psicología de la Salud* (pp. 159-198). México: Plaza y Valdés.
- Neil, R.C. (1996). *Fundamentos de Psicología fisiológica* (3ra edición). México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.
- Nies, A. (1975). Adverse reactions and interactions limiting the use of antihypertensive drugs. *American Journal of Medicine*, 58, 495-503.
- Núñez, F. (2001). *Psicología y Salud*. La Habana: Ciencias Médicas.

- O'Brien, E., Sheridan, J. y O'Malley, K. (1988). Dipper and non-dippers (Letter). *Lancet*, 2, 397.
- Obrist, P.A., Gaebelin, C. J., Teller, E. S., Langer, A.W., Grignolo, A., Light, K. C. y McCubbin, J. A. (1978). The relationship among Heart rate, carotid dP /dt and blood pressure in humans as a function of the type of stress. *Psychophysiology*, 15, 102-115.
- Obrist, P.A. (1976). The cardiovascular-behavioral Interaction as it appears today. *Psychophysiology*, 13, 95-107.
- Obrist, P.A. (1976). The cardiovascular- behavioral interactions. En D. I. Mostofsky (Ed.), *Behavioral Control and Modification of Physiological Activity*. (pp. 339- 365). New Jersey: Prentice Hall.
- Obrist, P.A. (1981). *Cardiovascular psychophysiological: A perspective*. New York: Plenum.
- Obrist, P.A., Light, K.C., Langer, A.W. y Koepke, J.P. (1986). Psychosomatics. En M.G. Coles, E. Donchin y S.W. Porges (Eds.), *Psychophysiology: Systems, Proceses y Applications* (pp. 626-645). New York: Guilford Press.
- Obrist, P.A., Howard, J.L, Lawler, J.C., Galosy, R.A., Meyers, K.A. y Gaebelin, C.J. (1974). The cardiac - somatic interaction. En P.A. Obrist, A.H. Black, J. Brener y L.V. DiCara (Eds.), *Cardiovascular Psychophysiology: Current Issues in response mechanisms, biofeedback and methodology* (pp. 136-162). Chicago: Aldine.
- Obrist, P.A., Langer, A.W., Light, K.C. y Koepke, J.P. (1983). A cardiac-behavioral approach in the study of hypertension. En T. Dembroski, T.H. Schmidt y G. Blumchen (Eds.), *Biobehavioral bases of coronary heart disease* (pp. 290-303). Basel: Karger.
- Obrist, P.A., Light, K. C., McCubbin, J.A., Hutcheson, J.S. y Hoffer, J.L. (1979). Pulse transit time: Relationship to blood pressure and myocardial performance. *Psychophysiology*, 16, 292-301.
- Ocón, J. e Ibeas, J. (2002). Ritmo nictameral de la presión arterial. *Nefrología*, 3, 27-39.
- Ojeda, B., Ramal, J., Calvo, F. y Vallespin, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 3, 49-67.
- Oliver, W.J., Cohen, E.L. y Neel, J.V. (1975). Blood pressure sodium intake and sodium relate hormones in Indians, a "no salt culture". *Circulation*, 52, 146-151.
- OMS (1978). Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención Primaria de salud Alma- Ata, Ginebra, OMS.
- OMS / ISH. (1986). Memorandum de una reunión OMS / ISH. Directrices para el tratamiento de la hipertensión leve. *Journal of Hypertension*, 4, 383-386.
- OMS / ISH. (1999). Directrices de la OMS y la ISH para el tratamiento de la hipertensión. *Iberoamerican Journal of Hypertension*, 4, 239-274.
- OMS / OPS. (1998). Modelos y teorías de comunicación social en salud (Serie 9). Washington, D.C: OMS / OPS.
- OMS. (1978). Comité de Expertos. *Hipertensión arterial*. OMS. Informe Técnico núm. 628. Ginebra.

- OMS. (1981). Diseño y evaluación de programas en salud. Ginebra: OMS.
- OMS. (1986) *Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad*. Ginebra: OMS.
- OMS. (1992). *Décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descriptores clínicos y puntos para el diagnóstico. (CIE- 10)*. Madrid: Meditor.
- OMS. (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Genova: OMS.
- Ordoñez, P., Silva, L.C., Paz, M. y Robles, S. (2001). Prevalence of hypertension in Latin America and the Caribbean: are they useful for surveillance? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4, 226-231.
- Ortiz, J., Ramos N, Vera-Villarroel, P. (2002). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicológica*; 10(1), marzo, 119-34.
- Ostfeld, A.M. y Lebovits, B.Z. (1959). Personality factors and pressor mechanisms in renal and essential hypertension. *Archives of Internal Medicine*, 104, 43-48.
- Page, I H. (1976). Some regulatory mechanisms of Reno vascular and essential arterial hypertension. En J. Genest, E. Koiw y O. Kuchel (Eds.), *Hypertension: Physiopathology and Treatment* (pp. 576- 587). New York: McGraw- Hill.
- Page, I.H. (1988). *Hypertension Research: A Memoir 1920-1960*. New York: Pergamon Press.
- Pagotto, U., Fallo, F. y Fava, G. (1992). Anxiety sensitive in essential hypertension. *Stress Medicine*, 8, 113-115.
- Palatino, P., et al. (1998). White coat hypertension: a selection bias. *Journal of Hypertension*, 7, 977-985.
- Palma, J.L., González- Juanatey, J.R. y Plaza, L. (2000). Hipertensión rebelde. *Updates en Cardiología*, 31-39.
- Palmer, R.S. (1950). Psyche and blood pressure. One hundred mental stress test and fifty personality surveys in patients with essential hypertension. *Journal of the American Medical Assotiation*, 144, 295.
- Paradi, G. (2000). Blood pressure reduction at night: sleep and beyond. *Hypertension*, 18, 1725-1729.
- Pardell H., Armario P., Hernández R. y Tresserras R. (1997). Epidemiology and cost of illness. *Hypertension*, 1, 135-140.
- Pardell, H. (1988). Epidemiología de la Hipertensión. En H. Pardel (Ed), *Manual de la Hipertensión arterial* (pp. 39-62). Barcelona: Doyma.
- Pardell, H. (1989). Importancia socio sanitaria de la hipertensión arterial. En L. M. Ruilope, *Hipertensión arterial* (pp. 1-13). Madrid: Idepsa.
- Pardell, H. (1990). La patología vascular y sus factores de riesgo. En H. Pardell *Factores de riesgo vascular* (pp.9-19). Madrid: Publisalud, 9-19.

- Pardell, H. (2002). Nuevos retos en el tratamiento de la hipertensión. *Hypertension*, 2, 58-59.
- Parfrey, P.S., Wright, P. y Ledingham, J.M. (1981). Prolonged isometric exercise. Effect on circulation and renal excretion of sodium and potassium in young males genetically predisposed to hypertension. *Hypertension*, 3, 188-191.
- Parrot, W.G. (2001). *Emotions in social psychology: Essential readings*. Philadelphia: psychology press.
- Pascual, L.M. y Ballester, R. (1997). *La práctica de la Psicología de la Salud*. Valencia: Promolibro.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Psicología de la Salud*, 1, 15-32.
- Patel C. y Marmot MG. (1977). Stress management, blood pressure and quality of life. *Hypertension*, 5, Sup 1: S21-S28 .
- Patel, C. (1984). A relaxation- centered behavioral package for reducing hypertension. En J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd y J. Miller (Eds.), *Behavioral Health* (pp. 480-487). New York: Wiley- Interscience.
- Patel, C. y Marmot, M. (1988). ¿Can general practitioners use training in relaxation and stress management to reduce mild hypertension? *British Medical Journal*, 296, 21-24.
- Patel, C., Marmot, M., Terry, D., Carruthers, M., Hunt, B and Patel, M. (1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: Four years follow-up. *British Medical Journal*, 290, 1103-1106.
- Patel, C.H. (1977). Biofeedback- Aided Relaxation and Meditation in the management of Hypertension. *Angiology*, 27, 106-113.
- Paz, M. (2000). Análisis funcional de un caso de estrés. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Comp.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 353- 365). Madrid: Pirámide.
- Pear , W.S., Sever, P.S., Swales, J.D y Tarazi, R.C. (1982). *Atlas de Hipertensión*. Merck: Sharp and Dohme.
- Peiró, J.M. y Salvador. A. (1993). *Control del estrés laboral. Serie Recursos Humanos*. Madrid: EUEDEMA.
- Peiró, J.M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral. Serie Recursos Humanos*. Madrid: EUEDEMA.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 58, 167-203.
- Pelechano, V. y Matud, P. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 63, 91-149.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: health linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (6), 539-548..
- Pennebaker, J.W., Gonder-Frederic, L., Stewart, H., Elfman, L. y Skelton, J. A. (1982). Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology*, 19, 201-210.

- Peraza, E. y Zaldívar, D. (2003). La musicoterapia. Un nuevo enfrentamiento al estrés y la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Psicología*, 20, 1, 10-22.
- Pérez- Alvarez, M (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas, SA.
- Pérez Alvarez, M. (1990). *Médicos, Pacientes y Placebos. El factor psicológico en la curación*. Oviedo: Pentalfa.
- Pérez Nieto, M.A. (2003). El estrés. Trabajo presentado en la Escuela Complutense de Verano "Psicopatología de las emociones, estrés y salud" de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Pérez Nieto, M.A. (2003). La ira: modelos y evaluación. Trabajo presentado en la Escuela Complutense de Verano "Psicopatología de las emociones, estrés y salud" de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Pérez Nieto, M.A. (2003). Procesos de valoración y correlatos fisiológicos de la emoción de la ira. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Pérez. R. (1989). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana: Científico Técnica.
- Pérez-García, A.N. y Bermúdez, J. (1997). Personalidad pro-coronaria, factores situacionales y reactividad cardiovascular. *Psicología de la Salud*, 1, 29-43.
- Phares, E.J. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno.
- Pickering, T. G. (1980). Salt intake and essential Hypertension. *Cardiovascular Reviews and Reports*, 1, 13-17.
- Pickering, T.C., James, G.D., Boddie, C., Harshfiels, G. A. y Blank Slaragh, J.H. (1988). How common is white coat hypertension? *Jama*, 259, 225-228.
- Pickering, T.G. y Gerin, W. (1990) Cardiovascular reactivity in the laboratory and the role of behavioral factors in hypertension: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 12, 3-16.
- Pilowsky, I., Spalding, D., Shaw, J. y Korner, P.I. (1973). Hypertension and Personality. *Psychosomatic Medicine*, 35, 50-56.
- Pomerleau, C.F. y Pomerleau, O.F. (1987). The effects of Psychological stressor on cigarette smoking and subsequent behavioral and physiological responses. *Psychophysiology*, 24, 278-285.
- Portero, D. (1996). Las contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de la ansiedad. Jorge Grau: Tutor, Tesis en opción al Título Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Universidad Central de Las Villas.
- Quintero, F.J. y Herrera, J.A. (1995). Uso del perfil psicofisiológico para el estudio del estrés como una entidad bio- psico- social. En J. A. Condey, A. I. Isidro (Comp.), *Psicología Comunitaria, Salud y Calidad de Vida* (pp. 451-470). Salamanca: Eudema.
- Rahe, R.H., Taylor, C.B., Tolles, R.L., Newhall, L.M., Veach, T.L. y Bryson, S. (2002). A novel stress and coping workplace program reduces illness and healthcare utilization. *Psychosomatic Medicine*, 2, 278- 286.

- Reisser M.F, Reeves R. B, Armington J. (1965). Variation in arterial pressure through the day and night. *Clinical Science*, 26, 445-460.
- Richardson, D.W., Honour, A.J., Fenton, G., Stott, F.H. y Pickering, G.W. (1955). Effect of variations in laboratory procedures and experimenter upon ballistocardiogram, blood pressure and heart rate in healthy young men. *Psychosomatic Medicine*, 17, 185-199.
- Richaud, M.C. y Sacchi, C. (1999). Algunas variables moduladoras del estrés. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2, 355-366.
- Rizo-González, R., Rizo-Rodríguez, R., Vázquez, M. y Alvarez, N. (1998). Modificaciones de la presión arterial en pacientes hipertensos sometidos a un ensayo comunitario. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol. 14, Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_1_98/mgi04198.htm
- Rizzoni, R., Dmüesann, M.L, Montani, G., Zulli, R., Calebich, S. y Agabiti-Rosei, E. (1992). Relationship between initial cardiovascular structural changes and daytime and nighttime blood pressure monitoring, *American Journal of Hypertension*, 5, 180-186.
- Robbins, P.R. (1969). Personality and psychosomatic illness: A selective review of research. *Genetic and Psychological Monographic*, 80, 51.
- Robinson, I. (1964). A possible effect of selection on the Test scores of a group of Hypertensives. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, 239-243.
- Robinson, J.O. (1962). A study of neuroticism and casual arterial blood pressure. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 56-64.
- Robles, H., Fernández, M.C. y Vila, J. (1991) Reactividad cardiaca y Patrón de Conducta tipo A. *Análisis y Modificación de Conducta*, 56, 917-950.
- Robles, N.R. y Cancho, B. (2002). Hipertensión de Bata Blanca. *Nefrología*, 3, 72-76.
- Roca- Cusach, A. (2001). *Seguimiento y cumplimiento en el paciente hipertenso. Calidad de vida*. Madrid: Ediciones Doyma.
- Roca- Cusach, A. (2002). Incremento matutino de la presión arterial. *Nefrología. Sup.* 3, 39- 46.
- Roca, M.A. (2000). *Psicología Clínica una visión General*. La Habana: Científico- Técnica.
- Roca, M.A. y Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez- Naranjo, C. (2000). *De los principios de la Psicología a la práctica clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rodríguez, R., Molerio O. y Roque, Y. (2002). *Estrés laboral. Consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento*. Publicación electrónica Psicología Científica Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar_gonro01_1.htm
- Romero, E., Adelaida, C., Paz, H. y Rojas, M. O. (1998). Intervención psicoterapéutica en hipertensos limítrofes o marginales. *Medicentro*, 2. Disponible en: <http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/sup298/Intervención.htm>

- Rowshan, A. (1997). *El estrés. Técnicas positivas para atenuarlo y asumir el control de tu vida*. Barcelona: ONIRO.
- Ruddy, M.C., Bialy, G.B., Malka, E.S., Lacy, C.R. y Kostis, J.B. (1988). The relationship of plasma renin activity to clinic and ambulatory blood pressure in elderly people with isolated systolic hypertension. *Journal of Hypertension*, 6 (sup. 4), S412-S415.
- Ruskin, A., Beard, O. W. y Schafter, R.L. (1948). Elevated arterial pressures in the victims of the Texas City Disaster. *American Journal of Medicine*, 4, 228-236.
- Russell, J.A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Russell, J.A. y Barrett, F.L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes and other things called emotion: dissecting the Elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 186-205.
- Rutledge, T., Linder, W. y Davies, R.F. (2000). Psychological response styles and cardiovascular health: Confound or independent risk factor?. *Health Psychology*, 5, 441-451.
- Sainbury, P. (1960). Psychosomatic disorders and neurosis in outpatients attending a General Hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 4, 261-273.
- Sainbury, P. (1964). Neuroticism and hypertension in a out-patient population. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, 235-238.
- Sánchez - Elvira, A. y Bermúdez, J. (1990). Intervención sobre el patrón de conducta Tipo-A. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Comp.), *Modificación de conducta y salud* (pp. 61-82). Madrid: Eudema.
- Sánchez, J., Rosa, A.I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo- conductuales en problemas clínicos y de salud. Meta- análisis de la literatura española. *Psicothema*, 3, 641-654.
- Sandberg, B. y Blinding, A. (1976). Problems and symptoms in Army Basic Trainees with stress-induced hypertensive reactions. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 51-59.
- Sandín, B. (1988). *Aportaciones recientes en psicopatología*. Barcelona: Montesinos.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. (pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
- Sastre, J.P. (1967). *Bosquejo de una teoría de las emociones*. Madrid: Editorial Alianza.
- Scherer, K.R. (2000). Emotions as episodes of subsystem synchronization driven by nonlinear appraisal processes. En M.D. Lewis e I. Granic (Eds.), *Emotion, development and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 70-99). Cambridge, UK: Cambridge University press.
- Schlundt, D., Langford, H. y Mc Donel, E (1985). Compliance in dietary management of hypertension. *Comprehensive Therapy*, 11, 59-66.
- Schneider, R.H, Egan, B.E, Jhonson, E.H, Drobny, H. y Julius, S. (1986). Anger and anxiety in borderline hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 48, 242-248.

- Schorr, A. (2001). Appraisal: The evolution of an idea. En K.R. Scherer, A. Schorr y T. Johnstone (eds.), *Appraisal processes in emotion: theory, methods, research*. (pp. 20-35). New York: Oxford University Press.
- Schwartz, E.G. (1977). Psychosomatic alterations. En M. P. Seligman y J.D. Maser (Eds.), *Psychopathology: experimental models* (pp. 260-294). London : Freeman.
- Schwartz, E.G. (1982). Cardiovascular psychophysiology: a system perspective. En J.T. Cacioppo y R.E. Petty (Eds.), *Perspectives in cardiovascular Psychophysiology*. (pp.347-372). New York: Guilford Press.
- Schwartz, G.E., Shapiro, A.P., Redmond, D.P., Ferguson, D.C. (1979). Behavioral medicine approaches to hypertension. An integrative analysis of theory and research. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 311-363.
- Seligman, M.E.P. (1998). Prólogo. En M.D. Avia y C. Vázquez. *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: Mc Graw- Hill.
- Serra, A. (1989). Concepción teórica de un modelo integral para el estudio de la HTA en las Fuerzas Armadas Revolucionarias. *Revista Médica Militar*, 3, 17-20.
- Shapiro, A.P. (1961). An experimental study of comparative responses of blood pressure to different noxious stimuli. *Journal of Chronic Diseases*, 13, 293-311.
- Shapiro, A.P., Moustsos, S.E. y Krifcher, E. (1963). Patterns of blood pressure response to noxious stimuli in normal, hypertensive and diabetic subject. *Journal of Clinical Investigation*, 42, 1890-1898.
- Shekele, R.B., Schoenberger, J. y Stamler, J. (1976). Correlates of the JAS Type A Behavior pattern Score. *Journal of Chronic Diseases*, 29, 381-394.
- Sherwood, A., Gulette, E.C., Hinderliter, A.L., Bayak, M., Waugh, R.A. y Blumenthal, J.A. (2002). Relationship of clinic, ambulatory and Laboratory stress blood pressure to left ventricular mass in overweight men and women with high blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 2, 247-258.
- Sherwood, A., y Carels, R.A. (2000). Blood pressure. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress. Volume 1* (pp. 331-338). San Diego, C.A.: Academic Press.
- Shumaker, S.A. y Czajkowski, S.M. (Eds.) (1994). *Social support and cardiovascular disease*. New Cork: Plenum Press.
- Siegel, W.C., Blumenthal, J. y Divine, G.W. (1990). Physiological, psychological and behavioral factors in the white coat hypertension. *Hypertension*, 16, 140-146.
- Siegrist, J., Matschinger, H. y Motz, W. (1987). Untreated Hypertensives and their quality of life. *Hypertension*, 5 (Suppl. 1), 15-20.
- Silas, J.H., Barker, A.T. y Ramsay, L.E. (1980). Clinical evaluation of Dinamap 845 automated blood pressure recorder. *British Heart Journal*, 43, 202- 205.
- Silke, B. (1994). Diuretic induced changes in symptoms and quality of life. *British Heart Journal*, 72 (2 Suppl), 57-62.
- Simón. M.A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Simonov, P. (1990). *Motivación del cerebro*. Moscú: Ed. Mir.
- Simonson, E. y Brozek, J. (1959). Russian research on arterial hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 50, 129- 193.
- Sito, J.O. Y Rodríguez, M. (2000). *Abordaje del stress. Desde el entrenamiento autógeno hacia lo transpersonal. Apuntes de un Taller presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana.
- Smith , C.A. y Lazarus, R.S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.
- Smith , C.A., Haynes, K.N., Lazarus, R.S. y Pope, L.K. (1993). In search of the “hot” cognitions: Attributions, appraisals, and theirs relations to emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 916-929.
- Smith, T., Ruiz, J. y Uchino, B. (2000). Vigilance, active coping, and cardiovascular reactivity during social interaction in young men. *Health Psychology*, 19, 382-392.
- Smyth, K., Call, J., Hansell, S., Sparacino, J. y Strodbeck, F.L. (1978). Type A behavioural pattern and hypertension among Inner- city black woman. *Nursing Research*, 27, 30-35.
- Sobrinó J. (2002). ¿Son útiles las técnicas de relajación contra el estrés? En A. Coca y A. de la Sierra (Comp.), *Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso* (pp. 329-333). Barcelona: Editorial Médica JIMS, S.L
- Sociedad Asturiana de Hipertensión y Riesgo Vascular (SAHRVA).(2002). *Enfermedad vascular: prevención secundaria desde la medicina de atención primaria*. Oviedo: SAHRVA.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2001). *Hipertensión en el anciano*. Barcelona: Ediciones Glosa.
- Sociedad Española de Hipertensión / Liga Española para la Lucha contra la HTA. (2002). *El libro del año en hipertensión*. Madrid: Scientific Communication Management (SCM).
- Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). (2002). Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en España 2002. *Hipertensión, Volumen 19, Supl. 3*.
- Sociedad Europea de hipertensión (ESH). (2002). *Realidad y ficción en terapia antihipertensiva. XIX Reunión científica de la ESH*. Praga: ESH.
- Sokolov, E.I., Podachin V.P. y Belova, E.V. (1983). *Emotional stress and cardiovascular response*. Moscú: Mir Publishers.
- Solomon, G.F. (2001). Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias. *Interpsiquis* (2). 26 - 32.
- Spielberger, C.D. y Moscoso, D. (1996). Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 59-66.
- Spielberger, C.D., Crane, R. S., Kearns, W. D., Pellegrin, K. L., Rickman, R. L., & Johnson, E.H. (1991). Anger and anxiety in essential hypertension. In C. D. Spielberger, I. G. Sarason, Z. Kulcs r, & G. L. Van Heck (Eds.), *Stress and emotion* (Vol. 14, pp. 265-283). New York: Hemisphere / Taylor & Francis.

- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A., Russell, S.F. y Crane, R.S. (1983). Assessment of anger: The State Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 2, pp. 161-189). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stake Robert. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Stokes, I.I., Kannel, W.B. y Wolf, P.A. (1989). Blood pressure as a risk factor of cardiovascular disease. The Framingham study-30 years of follow-up. *Hypertension*, 13 (supl.), 13-18.
- Stone, R.A. y De Leo, J. (1976). Psychotherapeutic control of hypertension. *New England Journal of Medicine*, 294, 80-84.
- Suárez, E. y Willians, R. (1990). The relationship between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52, 558-570.
- Swales, J.D. (1999). Evidence- based medicine hypertension. *Journal of Hypertension*, 11, 1511-1517.
- Tejerina, T. y Tamargo, J. (1990). Criterios para la elección de un hipotensor. En F. Rodríguez y E. López- Vidriero. *Lecciones sobre Hipertensión* (pp. 171). Madrid: De Saned.
- Thailer, S.A., Friedman, R., Harsfield, G.A. y Pickering, T.G. (1985). Psychological differences between high-normal and low- renin hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 47, 294-297.
- Traue, H.C. y Pennebaker, J.W. (1993). *Emotion inhibition and Health*. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Valdés, M. (1997). *El estrés*. Madrid: Acento.
- Vallbona, C. y Pardell, H. (1986). La hipertensión, enfermedad comunitaria. En J. L Rodicio y J. C. Romero (Eds). *Tratado de Hipertensión*. (pp. 15-30). Barcelona-. Salvat.
- Van Monstfrans GA., Karemaker JM., Wieling W. y Dunning JA. (1990). Relaxation therapy and continous ambulatory blood pressure in mild hypertension: a controlled study. *British Medical Journal*, 300, 1.368 - 1.372.
- Van-der Hofstadt, C. J. y Rodríguez-Marín, J. (1996). La representación de la hipertensión arterial en población general y personal sanitario. *Psicología de la Salud*, 1, 65-82.
- Vázquez Vigoa, A., Llorens, M. y Cruz, N. M. (1996). Hipertensión arterial. Aspectos fisiopatológicos. *Revista Cubana de Medicina general integral*. Vol.35,3. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol35_3_96/med03696.htm.
- Verdechia, P., Porcellati, C., Schillaci, G., Borgioni, C., Ciucci, A., Battistelli, M. y cols. (1994) Ambulatory blood pressure. An independent predictor of prognosis in essential hypertension. *Hypertension*, 24, 793-801.
- Victoria, C. R. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 6, 586-592.

- Victoria, C. R. (2004). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Una revisión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7.
- Victoria, C.R. (1992). *Estrés: ¿Cómo enfrentarlo?* La Habana: Ciencias Médicas.
- Vigotsky, L.S. (1979). *Zona de desarrollo próximo, una nueva aproximación*. En: El desarrollo de los procesos psicológicos. Barcelona: Editorial Grijalbo.
- Vigotsky, L.S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Vila, J., Fernández, M.C. y Robles, H. (1988). Promoción conductual de la salud: el ejemplo de las enfermedades del corazón. En A. Fierro (Comp.), *Psicología Clínica. Cuestiones Actuales* (pp. 120-130). Madrid: Pirámide.
- Waldron, I. (1978). The coronary-prone behavior pattern, blood pressures, employment and socio-economic status in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 79-82.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 221.
- Weder, A.B. y Julius, S. (1985). Behavior, blood pressure variability and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 5, 406-414
- Weiss, S. y Bethesda, P. (1988). Stress management in the treatment of hypertension. *American Heart Journal*, 2, 645-649.
- Wheatley, D., Balter, M., Levine, J., Lipman, R., Bauer, M. y Bonato, R. (1975). Psychiatric aspects of hypertension. *British Journal of Psychiatry*, 127, 327-336.
- Willard, J. (1987). *¿Cómo superar el estrés?* Bilbao: Ediciones Deusto.
- Williams, G.H. (1988). Beyond blood pressure control. Effect of antihypertensive therapy on quality of life. *American journal o Hypertension*, 1, 363-365.
- Williams, G.H. Quality of life and its impact on hypertensive patients. *American Journal Medical*, 82, 98-105.
- Zaldívar, D. (1996). *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Científico- Técnica.
- Zaldívar, D. (1998). *Actualidad en Psicoterapia*. La Habana: Academia.
- Zaldívar, D. (2003). Personalidad, psicoterapia y salud. En Colectivo de Autores, *Pensando en Personalidad. Tomo I* (pp. 337-358). La Habana: Editorial. Félix Varela.
- Zaldívar, D. (1992). La terapia asertiva: una estrategia para su empleo. *Revista Cubana de Psicología*, 11 (1), 53-63.
- Zanchetti, A. (2001). Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *Journal of Hypertension*, 6, 1-28.
- Zeigarnik, W.B. (1979). *Introducción a la Patopsicología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Zeigarnik, W.B. (1989). Autorregulación de la conducta en la normalidad y en la patología. *Revista de Psicología*, 10, 2, 23-31.

ANEXO 2

Tabla 27. Efectos secundarios específicos de los fármacos antihipertensivos. Precauciones.

FARMACO	EFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
Diuréticos	Hipopotasemia, hiperuricemia, alcalosis metabólica, hiponatremia, hipernatremia, deshidratación, dislipemia, intolerancia a la glucosa, impotencia, hiperpotasemia (ahorradores de potasio).	Evitar su uso a dosis altas. Las tiazidas pierden su eficacia con insuficiencia renal moderada-avanzada. Evitar ahorradores de potasio en insuficiencia renal.
Betabloqueantes	Bradicardia, astenia, frialdad de extremidades, broncoconstricción, dislipemia, intolerancia a la glucosa.	En insuficiencia cardiaca deben iniciarse con dosis mínimas y monitorización clínica estrecha pues pueden agravar la enfermedad. No deben suspenderse de forma brusca.
Calcioantagonistas	Edemas en extremidades inferiores, cefalea, taquicardia, palpitaciones, sofocos enrojecimiento facial, nicturia. Estreñimiento con verapamil.	Evitar el uso de preparados de acción corta. Verapamil y diltiazem no deben usarse conjuntamente con betabloqueantes.
IECA	Tos (5-20%), hiperpotasemia, deterioro agudo de función renal, hipotensión de primera dosis en pacientes con depleción de volumen, rash, disgeusia, edema angioneurótico.	Controlar creatinina y potasio séricos a los 7-14 días de iniciado el tratamiento sobre todo en casos de insuficiencia renal, edad avanzada y enfermedad ateroesclerótica. Precaución en pacientes con claudicación intermitente por la posible coincidencia con estenosis de arterias renales.
ARA II	Similares a IECA salvo la tos	Similares a IECA
Alfabloqueantes	Hipotensión de primera dosis. Hipotensión ortostática	Administrar la primera dosis al acostarse. En pacientes de edad avanzada y diabéticos descartar hipotensión ortostática

Fuente: SEHLELHA Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en España (2002). *Hipertensión*, 19, 3, 1-73

ANEXO 3

Tabla 28. Precios de los fármacos antihipertensivos.

Nombre del medicamento	Comp.	Cont.	Código	Precio de Empresa	Precio venta Población/hospitalario
Atenolol	100 mg	40 tab	338.9148154	0.735	4.85
Atenolol	100 mg	30 tab	338.9148158	0.390	3.65
Captopril	25 mg	10 tab	338.910.001	0.140	1.50
Captopril	25 mg	20 tab	338.914.6916	0.280	3.00
Captopril	50 mg	20 tab	338.914.6930	0.540	6.00
Clortalidona	25 mg	20 tab	338.918.7980	0.197	0.70
Diltiazén	120 mg	40 cap	338.914.7060	15.95	27.25
Enalapril	20 mg	30 tab	338.9146921	4.410	7.55
Espironolactina	25 mg	20 tab	338.918.8220	0.376	1.50
Furosemida	40 mg	20 tab	338.918.8405	0.126	1.00
Hidralacina	50 mg	20 tab	338.914.7465	0.127	0.85
Hidroclorotiazida	25 mg	20 tab	338.918.8156	0.050	0.30
Hidroclorotiazida	50 mg	20 tab	338.918.8161	0.060	0.60
Metildopa	250 mg	10 tab	338.914.7710	0.265	0.50
Metopropol	100 mg	40 tab	338.9148472	3.65	12.05
Nifedipino	10 mg	100 tab	338.914.9014	0.607	3.00
Propanolol	10 mg	20 tab	338.914.8171	0.042	0.40
Propanolol	40 mg	20 tab	338.914.8175	0.044	0.80
Verapamilo	80 mg	30 tab	338.914.7837	0.797	1.30

ANEXO 4

Tabla 29. Estratificación del riesgo para cuantificar el pronóstico de la HTA.

PRESION ARTERIAL (mm Hg)			
Otros factores de riesgo y antecedentes patológicos	Grado 1 (hipertensión ligera) PAS 140-159 o PAD 90-99	Grado 2 (hipertensión moderada) PAS 160-179 o PAD 100-109	GRADO 3 (hipertensión grave) PAS 180 o PAD 110
Ausencia de otros factores de riesgo	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
1 o 2 factores de riesgo	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO MUY ALTO
3 o más factores de riesgo o LOD o diabetes	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO MUY ALTO
TCA	RIESGO MUY ALTO	RIESGO MUY ALTO	RIESGO MUY ALTO

Leyenda:

Estratificación del riesgo (riesgo habitual de accidente vascular cerebral o infarto de miocardio a 10 años:

Riesgo bajo = inferior al 15%

Riesgo medio = aproximadamente un 15-20%.

Riesgo alto = aproximadamente un 20-30%.

Riesgo muy alto = 30% o superior.

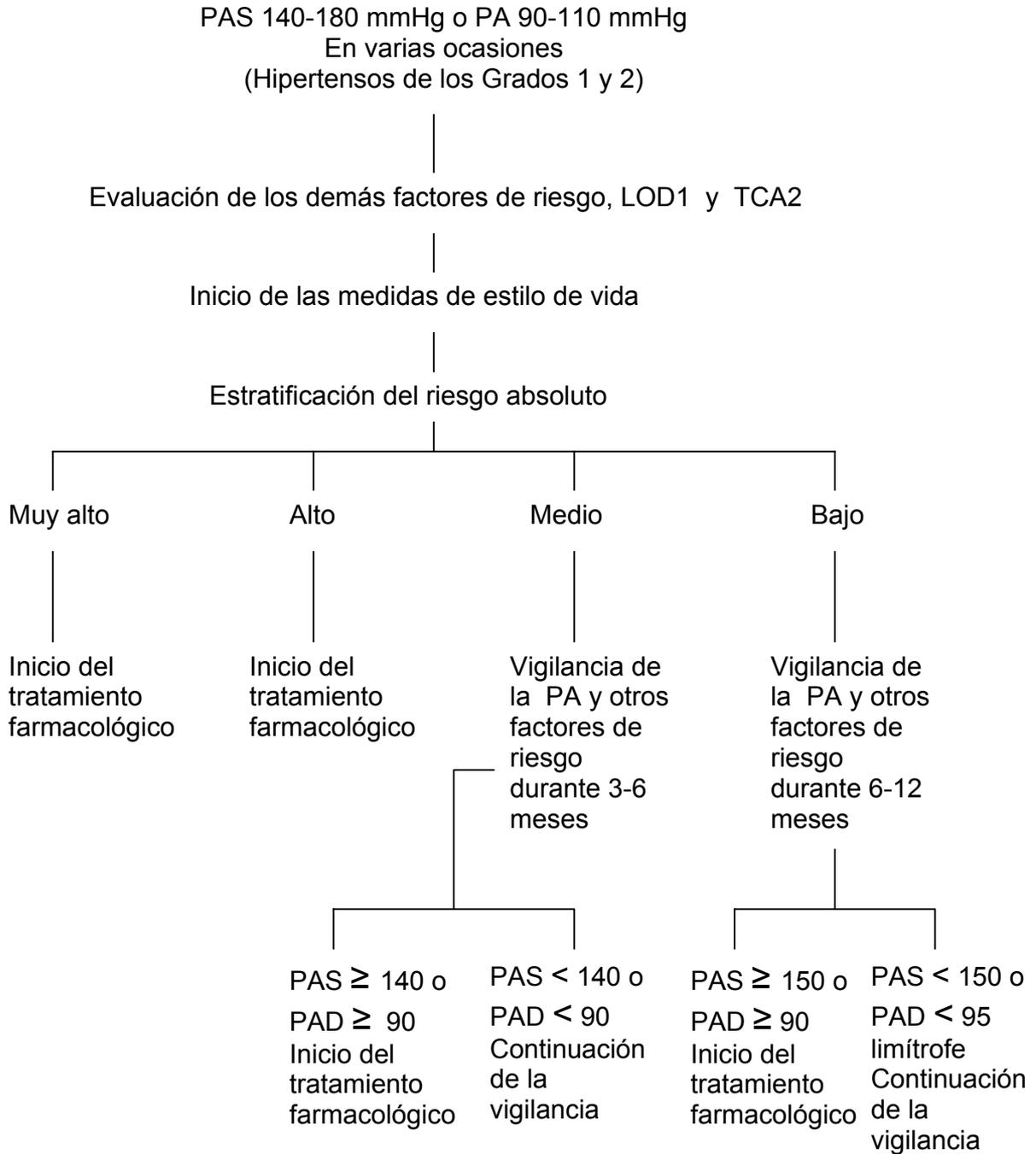
LOD: Lesión de Órgano Diana

TCA: Trastornos Clínicos Asociados, incluyendo la enfermedad cardiovascular clínica o la neuropatía.

Fuente: OMS / ISH. 1999.

ANEXO 5

Figura 2. Indicaciones generales para el tratamiento de la HTA.



Leyenda:

LOD Lesión de Órgano Diana

TCA Trastornos Clínicos Asociados (Incidentes CV previos)

ANEXO 9

Protocolo para la Técnica de la Matriz DAFO

Instrucciones:

Luego de haber tenido la posibilidad de conocer los elementos fundamentales referidos diseño del Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial, le agradeceríamos que nos expresara sus valoraciones sobre el mismo basados en los 4 criterios contenidos en la Matriz DAFO que le ofrecemos a continuación:

<p>Debilidades</p>	<p>Fortalezas</p>
<p>Amenazas</p>	<p>Oportunidades</p>

ANEXO 10

Guía de Observación participante.

Nombre del paciente: _____

No. Sesión _____

- Expresión facial:
 - _____ Positiva.
 - _____ Neutra.
 - _____ Inexpresiva

- Movimientos corporales que denotan tensión.
 - _____ Movimientos de los pies.
 - _____ Ademanos con brazos y manos (rascarse, pasarse la mano por la cabeza).
 - _____ Cambios posturales.
 - _____ Mirar el reloj.

- Nivel de participación en las sesiones.
 - _____ Alto.
 - _____ Medio.
 - _____ Bajo.

- Implicación personal en las actividades de las sesiones.
 - _____ Alta.
 - _____ Media.
 - _____ Baja.

- Contenido emocional de sus intervenciones.
 - _____ Positivo.
 - _____ Neutro.
 - _____ Negativo.

- Relaciones con los demás miembros del grupo.
 - _____ Interactúa favorablemente con los demás miembros del grupo.
 - _____ Esporádicamente interactúa con algún miembro específico del grupo.
 - _____ Se mantiene aislado del resto del grupo.

- Grado de concentración durante los ejercicios de Relajación.
 - _____ Concentrado.
 - _____ Parcialmente concentrado.
 - _____ No concentrado.

Observaciones:

ANEXO 11

Protocolo de Pesquisaje temprano de HTA.

Datos Personales

Nombre y Apellidos: _____ Ocupación: _____
Responsabilidad?: _____ Grupo: _____
Número de Identidad: _____ Periodo menopáusico: _____
Sexo: _____ Raza: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Antecedentes Patológicos Personales

- Asma bronquial: _____
- Angina: _____
- Post infarto del miocardio: _____
- Insuficiencia card. congestiva: _____
- Enfermedad cerebro vascular: _____
- Insuficiencia renal: _____
- Diabetes Mellitus: _____
- Dislipidemia: _____
- Hipertrofia prostática benigna: _____
- Enfermedad vasc. periférica: _____
- Ingiere actualmente medicamentos? _____
Cuáles? _____

Antecedentes patológicos familiares

Padres: _____ Abuelos: _____ (Dar en números)

Hábitos tóxicos

- Alcohol: Si: _____ No: _____ (+ de 2 veces por semana)
- Fuma : Si: _____ No: _____ (+ de 5 cigarrillos / día ó + de 1 tabaco / día)

Examen Físico

T.A.	Basal	Test Isométrico	
		1º min.	2º min.
Sistólica			
Diastólica			

Complementarios

- Ácido úrico: _____
- Glicemia: _____
- Creatinina: _____
- Colesterol total: _____
- Colesterol HDL: _____
- Albuminuria: _____
- IRA: _____

Segundo nivel

- Test ergométrico: _____
- Fondo de ojo: _____
- Filtrado glomerular: _____
- 140-edad * peso (Kg.)} _____

- Triglicéridos: _____

ANEXO 12

Tabla 30. Validez Concurrente del STAXI-2.

SUB-ESCALAS DEL STAXI-2	Vivencias del Autorreporte Vivencial			
	Ira	Irritabilidad	Desprecio	Rechazo
Sentimiento de ira	0.000	0.020	0.010	0.000
Expresión Física de ira	0.002	0.332	0.000	0.003
Expresión Verbal de ira	0.004	0.038	0.000	0.000
Estado de Ira	0.004	0.017	0.000	0.000
Temperamento de ira	0.000	0.000	0.000	0.000
Reacción de ira	0.000	0.000	0.000	0.001
Rasgo de Ira	0.000	0.000	0.000	0.000
Expresión externa de ira	0.000	0.000	0.000	0.005
Expresión interna de ira	0.000	0.002	0.000	0.000
Control externo de ira	0.000	0.000	0.014	0.126
Control interno de ira	0.088	0.106	0.073	0.656
Índice de Expresión de la Ira	0.000	0.000	0.002	0.000

Tabla 30.1. Confiabilidad y Consistencia interna del STAXI-2.

SUB-ESCALAS DEL STAXI-2	TEST DE WILCOXON	ALFHA DE CRONBACH
Sentimiento de ira	0.223	0.2475
Expresión Física de ira	0.102	0.9917
Expresión Verbal de ira	0.008	0.9792
Estado de Ira	0.039	0.9572
Temperamento de ira	0.156	0.9737
Reacción de ira	0.159	0.9726
Rasgo de ira	0.157	0.9804
Expresión externa de ira	0.148	0.9540
Expresión interna de ira	0.105	0.9313
Control externo de ira	0.110	0.9319
Control interno de ira	0.111	0.9277
Índice de Expresión de la Ira	0.834	0.9719

ANEXO 13

Tabla 31. Validez Concurrente del Test de Zung y Conde.

AUTORREPORTE VIVENCIAL	TAU - B DE KENDALL	
	Coeficiente de correlación	Significación asociada
Tristeza	0.273	0.000
Apatía	0.162	0.000
Sufrimiento	0.312	0.000
Abatimiento	0.267	0.000
Angustia	0.304	0.000
Desprecio	0.196	0.000

Leyenda:

- Prueba de Tau -b de Kendall: Estadístico empleado para evaluar correlaciones entre variables.

ANEXO 14

Tabla 32. Confiabilidad y Consistencia interna del ISRA - B.

SUB-ESCALAS DEL ISRA-B	TEST DE WILCOXON	ALHFA DE CRONBACH
Ansiedad Cognitiva	0.136	0.97
Ansiedad Fisiológica	0.599	0.98
Ansiedad Motora	0.109	0.95
Ansiedad Rasgo	0.137	0.99
Ansiedad en situaciones de evaluación	0.154	0.98
Ansiedad en situaciones interpersonales	0.039	0.96
Ansiedad en situaciones fóbicas	0.954	0.96
Ansiedad de situaciones cotidianas	0.506	0.91
Total de situaciones de ansiedad	0.265	0.98

Leyenda:

- Prueba de Wilcoxon: Estadístico empleado para evaluar la confiabilidad.
- Coeficiente “Alfa de Cronbach”: Estadístico empleado para evaluar la consistencia interna.

ANEXO 15

Tabla 33. Resultados comparativos de las variables psicológicas.
Grupos Estudio y Testigo.

Variables	Estudio vs. Testigo
Autorreporte vivencial	0.000
Vulnerabilidad al estrés	0.003
Zung y Conde	0.000
IDARE Estado	0.000
IDARE Rasgo	0.000
ISRA- Ansiedad cognitiva	0.004
ISRA- Ansiedad fisiológica	0.000
ISRA- Ansiedad motora	0.784
ISRA- Ansiedad rasgo total	0.001
ISRA- Ansiedad de evaluación	0.006
ISRA- Ansiedad interpersonal	0.009
ISRA- Ansiedad fóbica	0.427
ISRA- Ansiedad cotidiana	0.094
ISRA- Ansiedad total de situaciones	0.028
STAXI- Sentimiento de ira	0.781
STAXI- Expresión física de ira	0.608
STAXI- Expresión verbal de ira	0.603
STAXI- Estado de ira	0.326
STAXI- Temperamento de ira	0.144
STAXI- Reacción de ira	0.185
STAXI- Rasgo de ira	0.119
STAXI- Expresión externa de ira	0.128
STAXI- Expresión interna de ira	0.056
STAXI- Control externo de ira	0.218
STAXI- Control interno de ira	0.000
STAXI- Índice de expresión de la ira	0.000

ANEXO 16

Tabla 34. Resultados de la comparación de variables clínicas
Grupo Experimental y Lista de Espera.
Antes y después de la aplicación del Programa.

Variables	Grupo Experimental vs Grupo de Lista de Espera (antes)	Grupo Experimental vs Grupo de Lista de espera (después)
Grado de HTA	1.000	-
Control de la HTA	1.000	-
Tto farmacológico	0.604	-

Tabla 35. Resultados de la comparación de los factores de riesgo.
Grupo Experimental y Lista de Espera
Antes y después de la aplicación del Programa.

Variables	Grupo Experimental vs Grupo de Lista de Espera (antes)	Grupo Experimental vs Grupo de Lista de espera (después)
Peso	0.043	0.017
Fuma	0.597	0.007
Ejercicio	0.271	0.012
Ingestión de bebidas	0.116	0.003
Dieta alimentaria	0.500	0.047
Consumo de sal	0.500	0.207
Consumo de café	0.077	0.018
Menopausia	0.500	-
Color de la piel	0.215	-

ANEXO 17

Tabla 36. Resultados comparativos del Autorreporte Vivencial.
Grupos Experimental y Lista de Espera.
Antes y después de la aplicación del Programa.

Variables	Grupo exp. Ant./desp.	Grupo Lista espera ant./desp.	Experimental vs.Lista espera	
			Antes	Después
Inquietud	0.000	0.011	0.332	0.000
Desconfianza	0.007	0.691	0.957	0.008
Irritabilidad	0.000	0.165	0.995	0.000
Tristeza	0.000	0.088	0.405	0.000
Apatía	0.005	0.723	0.654	0.148
Miedo	0.001	0.064	0.830	0.055
Inseguridad	0.002	0.012	0.789	0.012
Sufrimiento	0.000	0.244	0.380	0.124
Abatimiento	0.002	0.585	0.446	0.079
Angustia	0.002	0.718	0.124	0.088
Ira	0.000	0.098	0.069	0.000
Rechazo	0.084	0.197	0.587	0.164
Ansiedad	0.000	0.180	0.354	0.164
Desprecio	0.034	0.819	0.354	0.000
Puntaje Total	0.012	0.326	0.328	0.000

ANEXO 18

Tabla 37. Resultados comparativos de las variables psicológicas.
Grupo Experimental y Lista de espera.
Antes y después de la aplicación del Programa

Variables	Grupo Exp Ant./desp.	Grupo Lista espera ant./desp.	Experimental vs. Lista espera	
			Antes	Después
Autorreporte vivencial	0.000	0.105	0.933	0.000
Zung y Conde	0.000	0.136	0.370	0.000
IDARE Estado	0.000	0.176	0.161	0.000
IDARE Rasgo	0.132	0.836	0.937	0.038
ISRA- Ansiedad cognitiva	0.000	0.629	0.198	0.000
ISRA- Ansiedad fisiológica	0.000	0.135	0.481	0.007
ISRA- Ansiedad motora	0.000	0.874	0.053	0.000
ISRA- Ansiedad rasgo total	0.000	0.601	0.239	0.000
ISRA- Ansiedad de evaluación	0.051	0.168	0.991	0.066
ISRA- Ansiedad interpersonal	0.053	0.242	0.333	0.061
ISRA- Ansiedad fóbica	0.357	0.326	0.483	0.164
ISRA- Ansiedad cotidiana	0.087	0.166	0.986	0.359
ISRA- Ansiedad total de situaciones	0.055	0.284	0.848	0.284
STAXI- Sentimiento de ira	0.464	0.0.89	0.726	0.361
STAXI- Expresión física de ira	0.037	0.157	0.652	0.220
STAXI- Expresión verbal de ira	0.056	0.168	0.759	0.327
STAXI- Estado de ira	0.143	0.443	0.238	0.170
STAXI- Temperamento de ira	0.462	0.509	0.137	0.181
STAXI- Reacción de ira	0.491	0.323	0.105	0.152
STAXI- Rasgo de ira	0.538	0.430	0.085	0.337
STAXI- Expresión externa de ira	0.140	0.148	0.000	0.509
STAXI- Expresión interna de ira	0.017	0.175	0.635	0.027
STAXI- Control externo de ira	0.212	0.326	0.263	0.153
STAXI- Control interno de ira	0.014	0.116	0.973	0.041
STAXI- Índice de expresión de ira	0.026	0.937	0.845	0.008

ANEXO 19

Tabla 38. Resultados comparativos de las variables fisiológicas.
Grupos Experimental y Lista de Espera.

Antes y después de la aplicación

ANEXO 20

Tabla 39. Resultados de la comparación de variables sociodemográficas, clínicas y factores de riesgo.

Variables	Grupo Experimental antes- después	Grupo Lista de Espera antes- después	Experimental / Lista de espera antes- después
PAS antes - PAS durante	0.000	0.821	PAS antes: 0.548 PAS durante: 0.000 PAS después: 0.000 PAS 2 meses: 0.000
PAS antes - PAS después	0.000	0.044	
PAS antes - PAS 2 meses	0.000	0.126	
PAS durante - PAS después	0.000	0.149	
PAS durante - PAS 2 meses	0.000	0.135	
PAS después- PAS 2 meses	0.333	0.795	
PAD antes - PAD durante	0.000	0.036	PAD antes: 0.134 PAD durante: 0.004 PAD después: 0.000 PAD 2 meses :0.000
PAD antes - PAD después	0.000	0.001	
PAD antes - PAD 2 meses	0.000	0.000	
PAD durante - PAD después	0.000	0.006	
PAD durante - PAD 2 meses	0.000	0.000	
PAD después- PAD 2 meses	0.264	0.020	
PP antes - PP durante	0.000	0.664	PP antes: 0.517 PP durante: 0.000 PP después: 0.000 PP 2 meses: 0.000
PP antes - PP después	0.000	0.246	
PP antes - PP 2 meses	0.000	0.237	
PP durante - PP después	0.001	0.265	
PP durante - PP 2 meses	0.000	0.269	
PP después- PP 2 meses	0.976	0.555	
PAM antes - PAM durante	0.000	0.000	PAM antes: 0.355 PAM durante: 0.000 PAM después: 0.000 PAM 2 meses: 0.000
PAM antes - PAM después	0.000	0.000	
PAM antes - PAM 2 meses	0.000	0.000	
PAM durante - PAM después	0.000	0.136	
PAM durante- PAM 2 meses	0.000	0.001	
PAM después- PAM 2 meses	0.000	0.005	
FC antes - FC durante	0.000	0.001	FC antes: 0.126 FC durante: 0.001 FC después: 0.000 FC 2 meses: 0.004
FC antes - FC después	0.000	0.000	
FC antes - FC 2 meses	0.000	0.000	
FC durante- FC después	0.000	0.011	
FC durante- FC 2 meses	0.000	0.000	
FC después - FC2 meses	0.048	0.312	

Sub-grupos experimentales y Lista de Espera
Antes de la Aplicación del Programa.

Variables	Grupos 1Exp / LE 1	Grupos 2Exp / LE 2	Grupos 3Exp / LE 3	Grupos 4Exp / LE 4
Sexo	0.715	0.686	*	0.675
Edad	1.000	1.000	1.000	1.000
Escolaridad	1.000	1.000	1.000	1.000
Ocupación	0.696	1.000	0.696	1.000
Grado de HTA	1.000	1.000	1.000	1.000
Control de la HTA	1.000	1.000	1.000	1.000
Tto farmacológico	0.696	0.600	0.675	0.709
Fuma	0.500	0.675	0.304	0.500
Ejercicio	0.500	0.291	0.767	0.709
Ingestión de bebidas	0.666	0.328	0.715	0.675
Dieta alimentaria	0.767	0.500	0.500	0.500
Consumo de sal antes	0.767	0.500	0.500	0.500
Consumo de café	0.500	0.500	*	1.237
Menopausia	0.767	0.500	0.696	*
Color de la piel	0.368	0.739	0.125	0.557

ANEXO 21

Tabla. 40. Comportamiento de las variables psicológicas dependientes.
Sub- Experimental 1

	Antes del Programa					Después del Programa				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3
2	2	1	1	1	2	3	3	3	3	3
3	1	1	2	2	1	3	3	3	3	3
4	2	2	1	1	1	3	2	3	2	2
5	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3
6	2	2	1	1	2	3	3	3	3	3
7	2	2	2	1	2	3	3	3	3	3
8	1	2	1	2	1	3	2	3	3	3
x	1.5	1.62	1.25	1.37	1.5	3	2.62	3	2.75	2.8

LEYENDA:

I. Autoconciencia emocional.

- 3 - Adecuada.
- 2 - Parcialmente adecuada.
- 1 - Inadecuada.

II. Afrontamiento emocional.

- 3-Eficiente.
- 2-Parcialmente eficiente.
- 1-Ineficiente.

III. Expresión emocional.

- 3-Expresivo.
- 2-Semi-expresivo.
- 1-Represivo.

VI. Control emocional percibido

- 3 - Adecuada percepción de control
- 2 - Percepción parcial de control.
- 1 - Inadecuada percepción de control

V. Bienestar emocional.

- 3 - Alto
- 2 - Medio.
- 1 - Bajo.

ANEXO 22

Tabla 41. Resultados comparativos de las variables psicológicas.
Sub- Grupos Experimental 1 y Lista de espera 1.
Antes y después de la aplicación del Programa.

Variables	Grupo Exp Ant./desp.	Grupo Lista espera ant./desp.	Experimental vs. Lista espera	
			Antes	Después
Autorreporte vivencial	0.012	0.326	0.328	0.000
Zung y Conde	0.011	0.127	0.721	0.002
IDARE Estado	0.012	0.134	0.088	0.000
IDARE Rasgo	0.061	0.063	0.442	0.065
ISRA- Ansiedad cognitiva	0.012	0.309	0.027	0.003
ISRA- Ansiedad fisiológica	0.016	0.317	0.279	0.010
ISRA- Ansiedad motora	0.123	0.129	0.015	0.136
ISRA- Ansiedad rasgo total	0.123	0.109	0.161	0.015
ISRA- Ansiedad de evaluación	0.070	1.000	0.645	0.328
ISRA- Ansiedad interpersonal	0.053	0.317	0.442	0.034
ISRA- Ansiedad fóbica	0.442	1.000	0.055	0.103
ISRA- Ansiedad cotidiana	0.916	0.317	0.055	0.003
ISRA- Ansiedad total de situaciones	0.674	0.088	0.279	0.028
STAXI- Sentimiento de ira	0.798	0.442	0.959	0.721
STAXI- Expresión física de ira	0.655	0.317	0.959	0.721
STAXI- Expresión verbal de ira	1.000	0.317	0.959	0.442
STAXI- Estado de ira	0.861	0.180	0.505	0.105
STAXI- Temperamento de ira	0.201	0.865	0.959	0.959
STAXI- Reacción de ira	0.236	0.779	0.798	0.721
STAXI- Rasgo de ira	0.205	0.575	0.798	0.645
STAXI- Expresión externa de ira	0.445	0.301	0.505	0.234
STAXI- Expresión interna de ira	0.027	0.175	0.721	0.328
STAXI- Control externo de ira	0.916	0.394	0.878	0.505
STAXI- Control interno de ira	0.075	0.574	0.959	0.030
STAXI- Índice de expresión de ira	0.067	0.128	0.888	0.574

ANEXO 23

Tabla 42. Resultados comparativos de las variables fisiológicas.
Sub- Grupos Experimental 1 y Lista de Espera 1.

Variables	Grupo Experimental	Grupo Control	Experimental/Control
PAS antes - PAS durante	0.017	0.445	PAS antes: 0.798 PAS durante: 0.234 PAS después: 0.015 PAS 2 meses : 0.007
PAS antes - PAS después	0.012	0.458	
PAS antes - PAS 2 meses	0.012	0.496	
PAS durante - PAS después	0.017	0.674	
PAS durante - PAS 2 meses	0.017	0.203	
PAS después- PAS 2 meses	0.496	0.205	
PAD antes - PAD durante	0.011	0.916	PAD antes : 0.574 PAD durante: 0.798 PAD después: 0.042 PAD 2 meses: 0.046
PAD antes - PAD después	0.012	0.623	
PAD antes - PAD 2 meses	0.012	0.204	
PAD durante- PAD después	0.027	0.463	
PAD durante- PAD 2 meses	0.017	0.123	
PAD después- PAD 2 meses	0.3140	0.343	
PP antes - PP durante	0.068	1.000	PP antes : 0.234 PP durante: 0.005 PP después: 0.002 PP 2 meses: 0.001
PP antes - PP después	0.025	0.397	
PP antes - PP 2 meses	0.017	0.612	
PP durante - PP después	0.089	0.833	
PP durante - PP 2 meses	0.021	0.944	
PP después- PP 2 meses	0.233	0.733	
PAM antes - PAM durante	0.012	0.726	PAM antes: 0.878 PAM durante: 0.382 PAM después: 0.050 PAM 2 meses: 0.038
PAM antes - PAM después	0.012	0.726	
PAM antes - PAM 2 meses	0.012	0.123	
PAM durante - PAM después	0.017	0.528	
PAM durante- PAM 2 meses	0.017	0.141	
PAM después- PAM 2 meses	0.865	0.161	
FC antes - FC durante	0.012	0.041	FC antes: 1.000 FC durante: 0.798 FC después: 0.027 FC 2 meses: 0.067
FC antes - FC después	0.035	0.093	
FC antes - FC 2 meses	0.027	0.085	
FC durante- FC después	0.128	0.110	
FC durante- FC 2 meses	0.080	0.127	
FC después - FC2 meses	0.493	0.075	

ANEXO 24

Tabla 43. Comportamiento de las variables psicológicas dependientes.
Sub-Experimental 2

	Antes del Programa					Después del Programa				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3
2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3
3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3
4	1	1	1	1	1	3	2	3	3	2
5	1	2	2	2	1	3	3	3	3	3
6	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3
7	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3
8	2	1	2	2	1	3	3	3	2	2
9	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
10	1	2	1	1	1	3	3	3	3	3
X	1.7	1.7	1.6	1.7	1.5	3	2.8	3	2.9	2.8

LEYENDA:

I. Autoconciencia emocional.

3 - Adecuada.
2 - Parcialmente adecuada.
1 - Inadecuada.

II. Afrontamiento emocional.

3-Eficiente.
2-Parcialmente eficiente.
1-Ineficiente.

III. Expresión emocional.

3-Expresivo.
2-Semi-expresivo.
1-Represivo.

VI. Control emocional percibido

3 - Adecuada percepción de control
2 - Percepción parcial de control.
1 - Inadecuada percepción de control

V. Bienestar emocional.

3 - Alto
2 - Medio.
1 - Bajo.

ANEXO 25

Tabla 44. Resultados comparativos de las variables psicológicas.
Sub- Grupos Experimental 2 y Lista de espera 2.
Antes y después de la aplicación del Programa.

Variables	Grupo Exp Ant./desp.	Grupo Lista espera ant./desp.	Experimental vs. Lista espera	
			Antes	Después
Autorreporte vivencial	0.005	0.124	0.529	0.000
Zung y Conde	0.005	0.081	0.579	0.000
IDARE Estado	0.008	0.888	0.089	0.000
IDARE Rasgo	0.180	0.084	0.853	0.631
ISRA- Ansiedad cognitiva	0.026	0.575	0.083	0.009
ISRA- Ansiedad fisiológica	0.023	0.655	0.163	0.004
ISRA- Ansiedad motora	0.042	1.000	0.631	0.353
ISRA- Ansiedad rasgo total	0.102	0.068	0.165	0.019
ISRA- Ansiedad de evaluación	0.017	0.317	0.190	0.005
ISRA- Ansiedad interpersonal	0.056	1.000	0.165	0.065
ISRA- Ansiedad fóbica	0.317	0.109	0.739	0.393
ISRA- Ansiedad cotidiana	0.042	0.317	0.247	0.063
ISRA- Ansiedad total de situaciones	0.027	0.068	0.165	0.089
STAXI- Sentimiento de ira	0.102	0.317	0.739	0.529
STAXI- Expresión física de ira	0.180	0.317	0.796	0.739
STAXI- Expresión verbal de ira	0.180	0.317	0.796	0.739
STAXI- Estado de ira	0.109	0.317	0.739	0.529
STAXI- Temperamento de ira	0.778	0.317	0.912	0739
STAXI- Reacción de ira	0.959	1.000	0.674	0.671
STAXI- Rasgo de ira	0.919	0.414	0.971	0.912
STAXI- Expresión externa de ira	0.757	0.041	0.075	0.052
STAXI- Expresión interna de ira	0.306	0.317	0.075	0.029
STAXI- Control externo de ira	0.672	0.655	0.529	0.247
STAXI- Control interno de ira	0.592	0.180	0.529	0.023
STAXI- Índice de expresión de ira	0.037	0.553	0.853	0.065

ANEXO 26

Tabla 45. Resultados comparativos de las variables fisiológicas.
Sub- Grupos Experimental 2 y Lista de Espera 2

Variables	Grupo Experimental Antes- después	Grupo Lista de espera Antes- después	Experimental / Lista de Espera antes- después
PAS antes - PAS durante	0.005	0.173	PAS antes: 0.123 PAS durante: 0.052 PAS después: 0.000 PAS 2 meses : 0.000
PAS antes - PAS después	0.005	0.075	
PAS antes - PAS 2 meses	0.007	0.043	
PAS durante - PAS después	0.009	0.670	
PAS durante - PAS 2 meses	0.011	0.123	
PAS después- PAS 2 meses	0.857	0.183	
PAD antes - PAD durante	0.005	0.017	PAD antes : 0.123 PAD durante: 0.052 PAD después: 0.001 PAD 2 meses: 0.000
PAD antes - PAD después	0.005	0.014	
PAD antes - PAD 2 meses	0.005	0.011	
PAD durante- PAD después	0.008	0.122	
PAD durante- PAD 2 meses	0.011	0.068	
PAD después- PAD 2 meses	0.550	0.057	
PP antes - PP durante	0.496	0.574	PP antes: 0.631 PP durante: 0.190 PP después: 0.053 PP 2 meses: 0.089
PP antes - PP después	0.008	0.812	
PP antes - PP 2 meses	0.008	0.758	
PP durante - PP después	0.238	0.230	
PP durante - PP 2 meses	0.031	0.953	
PP después- PP 2 meses	0.675	0.403	
PAM antes - PAM durante	0.005	0.053	PAM antes: 0.522 PAM durante: 0.052 PAM después: 0.000 PAM 2 meses: 0.000
PAM antes - PAM después	0.005	0.028	
PAM antes - PAM 2 meses	0.005	0.009	
PAM durante - PAM después	0.005	0.192	
PAM durante- PAM 2 meses	0.012	0.381	
PAM después- PAM 2 meses	0.538	0.125	
FC antes - FC durante	0.005	0.373	FC antes: 0.684 FC durante: 0.089 FC después: 0.002 FC 2 meses: 0.005
FC antes - FC después	0.005	0.066	
FC antes - FC 2 meses	0.005	0.123	
FC durante- FC después	0.007	0.074	
FC durante- FC 2 meses	0.034	0.091	
FC después - FC2 meses	0.809	0.918	

ANEXO 27

Tabla. 46. Comportamiento de las variables psicológicas dependientes.
Sub- Experimental 3

	Antes del Programa					Después del Programa				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1	2	1	1	1	1	3	3	3	2	2
2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3
3	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3
4	3	1	2	1	2	3	3	3	3	3
5	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3
6	2	2	2	1	2	3	3	3	3	3
7	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3
8	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
X	2.3	1.62	2	1.25	1.75	3	2.87	3	2.87	2.87

LEYENDA:

I. Autoconciencia emocional.

3 - Adecuada.
2 - Parcialmente adecuada.
1 - Inadecuada.

II. Afrontamiento emocional.

3-Eficiente.
2-Parcialmente eficiente.
1-Ineficiente.

III. Expresión emocional.

3-Expresivo.
2-Semi-expresivo.

VI. Control emocional percibido

3 - Adecuada percepción de control
2 - Percepción parcial de control.
1 - Inadecuada percepción de control

V. Bienestar emocional.

3 - Alto
2 - Medio.
1 - Bajo.

ANEXO 28

Tabla 47. Resultados comparativos de las variables psicológicas.
Sub-Grupos Experimental 3 y Lista de Espera 3.
Antes y después de la aplicación del Programa.

Variables	Grupo Exp Ant./desp.	Grupo Lista espera ant./desp.	Experimental vs. Lista espera	
			Antes	Después
Autorreporte vivencial	0.018	0.400	0.574	0.000
Zung y Conde	0.011	0.223	0.195	0.000
IDARE Estado	0.011	0.395	0.328	0.028
IDARE Rasgo	0.052	0.172	0.798	0.055
ISRA- Ansiedad cognitiva	0.042	0.779	0.505	0.050
ISRA- Ansiedad fisiológica	0.042	0.655	0.130	0.015
ISRA- Ansiedad motora	0.102	0.317	0.161	0.083
ISRA- Ansiedad rasgo total	0.043	0.180	0.105	0.067
ISRA- Ansiedad de evaluación	0.062	0.317	0.442	0.072
ISRA- Ansiedad interpersonal	0.047	0.180	0.505	0.055
ISRA- Ansiedad fóbica	1.000	1.000	0.959	0.959
ISRA- Ansiedad cotidiana	0.057	0.317	0.130	0.065
ISRA- Ansiedad total de situaciones	0.068	0.066	0.748	0.645
STAXI- Sentimiento de ira	0.414	1.000	0.442	0.442
STAXI- Expresión física de ira	0.317	0.317	0.721	0.721
STAXI- Expresión verbal de ira	0.705	1.000	0.442	0.442
STAXI- Estado de ira	0.593	1.000	0.234	0.234
STAXI- Temperamento de ira	0.863	1.000	0.382	0.328
STAXI- Reacción de ira	0.673	0.414	0.065	0.021
STAXI- Rasgo de ira	0.673	0.078	0.083	0.052
STAXI- Expresión externa de ira	0.137	0.180	0.083	0.021
STAXI- Expresión interna de ira	0.393	0.157	0.798	0.054
STAXI- Control externo de ira	0.091	0.180	0.328	0.105
STAXI- Control interno de ira	0.034	0.102	0.959	0.038
STAXI- Índice de expresión de ira	0.058	0.175	0.279	0.038

ANEXO 29

Tabla 48. Resultados comparativos de las variables fisiológicas.
Sub- Grupos Experimental 3 y Lista de Espera 3.

Variables	Grupo Experimental Antes- después	Grupo Lista de espera Antes- después	Experimental / Lista de Espera antes- después
PAS antes - PAS durante	0.012	0.799	PAS antes: 0.959 PAS durante: 0.038 PAS después: 0.002 PAS 2 meses: 0.001
PAS antes - PAS después	0.012	0.307	
PAS antes - PAS 2 meses	0.012	1.000	
PAS durante - PAS después	0.017	0.291	
PAS durante - PAS 2 meses	0.034	0.575	
PAS después- PAS 2 meses	0.395	0.261	
PAD antes - PAD durante	0.012	0.011	PAD antes: 0.959 PAD durante: 0.050 PAD después: 0.005 PAD 2 meses: 0.001
PAD antes - PAD después	0.012	0.012	
PAD antes - PAD 2 meses	0.012	0.012	
PAD durante- PAD después	0.072	0.246	
PAD durante- PAD 2 meses	0.518	0.042	
PAD después- PAD 2 meses	0.746	0.196	
PP antes - PP durante	0.067	0.091	PP antes: 0.798 PP durante: 0.234 PP después: 0.038 PP 2 meses: 0.005
PP antes - PP después	0.025	0.204	
PP antes - PP 2 meses	0.030	0.069	
PP durante - PP después	0.018	1.000	
PP durante - PP 2 meses	0.021	0.150	
PP después- PP 2 meses	0.480	0.068	
PAM antes - PAM durante	0.012	0.049	PAM antes: 0.959 PAM durante: 0.038 PAM después: 0.002 PAM 2 meses: 0.000
PAM antes - PAM después	0.012	0.021	
PAM antes - PAM 2 meses	0.012	0.123	
PAM durante - PAM después	0.017	0.141	
PAM durante- PAM 2 meses	0.006	0.575	
PAM después- PAM 2 meses	0.396	0.575	
FC antes - FC durante	0.011	0.062	FC antes: 0.130 FC durante: 0.645 FC después: 0.105 FC 2 meses: 0.021
FC antes - FC después	0.012	0.051	
FC antes - FC 2 meses	0.012	0.034	
FC durante- FC después	0.020	0.435	
FC durante- FC 2 meses	0.027	0.027	
FC después - FC2 meses	0.146	0.090	

ANEXO 30

Tabla 49. Comportamiento de las variables psicológicas dendientes.
Sub- Experimental 4

	Antes del Programa					Después del Programa				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
2	1	1	2	1	1	3	3	3	3	3
3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3
4	2	2	2	1	2	3	3	3	3	3
5	2	1	2	1	1	3	2	3	2	3
6	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3
7	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
8	2	1	2	1	1	3	2	3	2	2
9	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3
10	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3
X	2.2	1.7	2.3	1.6	1.8	3	2.8	3	2.8	2.9

LEYENDA:

I. Autoconciencia emocional.

3 - Adecuada.
2 - Parcialmente adecuada.
1 - Inadecuada.

II. Afrontamiento emocional.

3-Eficiente.
2-Parcialmente eficiente.
1-Ineficiente.

III. Expresión emocional.

3-Expresivo.
2-Semi-expresivo.

VI. Control emocional percibido

3 - Adecuada percepción de control
2 - Percepción parcial de control.
1 - Inadecuada percepción de control

V. Bienestar emocional.

3 - Alto
2 - Medio.
1 - Bajo.

ANEXO 31

Tabla 50. Resultados comparativos de las variables psicológicas.
Sub-grupos Experimental 4 y Lista de Espera 4.
Antes y después de la aplicación del Programa.

Variables	Grupo Exp Ant./desp.	Grupo Lista espera ant./desp.	Experimental vs. Lista espera	
			Antes	Después
Autorreporte vivencial	0.005	0.112	0.069	0.000
Zung y Conde	0.005	0.087	0.912	0.001
IDARE Estado	0.005	0.414	0.481	0.053
IDARE Rasgo	0.195	0.088	0.912	0.247
ISRA- Ansiedad cognitiva	0.017	0.609	0.739	0.481
ISRA- Ansiedad fisiológica	0.027	0.109	0.912	0.143
ISRA- Ansiedad motora	0.007	1.000	0.393	0.123
ISRA- Ansiedad rasgo total	0.111	0.127	0.579	0.052
ISRA- Ansiedad de evaluación	0.089	0.180	0.042	0.002
ISRA- Ansiedad interpersonal	0.023	0.157	0.529	0.481
ISRA- Ansiedad fóbica	1.000	0.109	0.481	0.280
ISRA- Ansiedad cotidiana	0.077	0.317	0.019	0.007
ISRA- Ansiedad total de situaciones	0.066	0.062	0.165	0.029
STAXI- Sentimiento de ira	0.317	0.157	0.684	0.481
STAXI- Expresión física de ira	0.157	0.157	0.971	0.481
STAXI- Expresión verbal de ira	0.102	0.180	0.853	0.481
STAXI- Estado de ira	0.109	0.180	0.912	0.481
STAXI- Temperamento de ira	0.588	0.317	0.075	0.275
STAXI- Reacción de ira	0.735	0.197	0.315	0.190
STAXI- Rasgo de ira	0.953	0.115	0.075	0.163
STAXI- Expresión externa de ira	0.672	0.166	0.002	0.001
STAXI- Expresión interna de ira	0.445	0.109	0.247	0.043
STAXI- Control externo de ira	0.838	0.655	0.481	0.071
STAXI- Control interno de ira	0.029	0.128	0.393	0.048
STAXI- Índice de expresión de ira	0.057	0.261	0.481	0.053

ANEXO 32

Tabla 51. Resultados comparativos de las variables fisiológicas.
Sub- Grupos Experimental 4 y Lista de Espera 4.

Variables	Grupo Experimental Antes- después	Grupo Lista de espera Antes- después	Experimental / Lista de Espera antes- después
PAS antes - PAS durante	0.005	0.574	PAS antes: 0.579 PAS durante: 0.029 PAS después: 0.000 PAS 2 meses: 0.000
PAS antes - PAS después	0.005	0.550	
PAS antes - PAS 2 meses	0.005	0.799	
PAS durante - PAS después	0.015	0.373	
PAS durante - PAS 2 meses	0.113	0.307	
PAS después- PAS 2 meses	0.210	0.472	
PAD antes - PAD durante	0.005	0.328	PAD antes: 0.436 PAD durante: 0.105 PAD después: 0.007 PAD 2 meses: 0.005
PAD antes - PAD después	0.005	0.398	
PAD antes - PAD 2 meses	0.005	0.097	
PAD durante- PAD después	0.019	0.042	
PAD durante- PAD 2 meses	0.100	0.013	
PAD después- PAD 2 meses	0.677	0.340	
PP antes - PP durante	0.049	0.798	PP antes: 0.631 PP durante: 0.023 PP después: 0.004 PP 2 meses: 0.007
PP antes - PP después	0.012	0.678	
PP antes - PP 2 meses	0.080	0.474	
PP durante - PP después	0.205	0.514	
PP durante - PP 2 meses	0.407	0.575	
PP después- PP 2 meses	0.474	0.726	
PAM antes - PAM durante	0.005	0.413	PAM antes: 0.971 PAM durante: 0.035 PAM después: 0.000 PAM 2 meses: 0.001
PAM antes - PAM después	0.005	0.221	
PAM antes - PAM 2 meses	0.005	0.114	
PAM durante - PAM después	0.011	0.036	
PAM durante- PAM 2 meses	0.008	0.012	
PAM después- PAM 2 meses	0.103	0.838	
FC antes - FC durante	0.022	0.042	FC antes: 0.135 FC durante: 0.912 FC después: 0.089 FC 2 meses: 0.019
FC antes - FC después	0.009	0.008	
FC antes - FC 2 meses	0.011	0.011	
FC durante- FC después	0.020	0.012	
FC durante- FC 2 meses	0.014	0.036	
FC después - FC2 meses	0.080	0.507	

Anexos

ANEXO 1

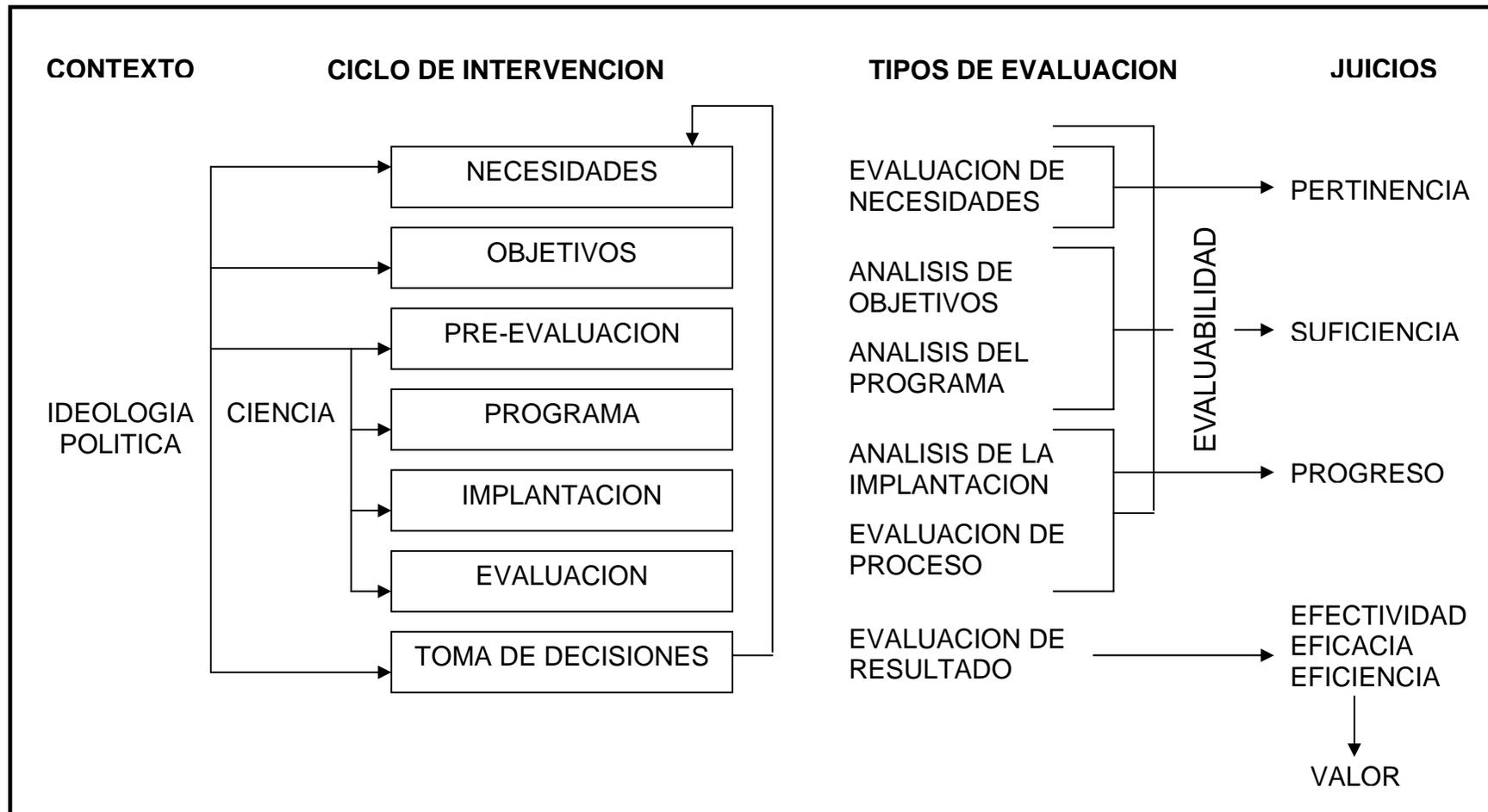
Tabla 26. Pacientes dispensarizados por Hipertensión arterial.
Prevalencia e Incidencia por provincia. AÑO 2003

Provincias	PREVALENCIA						INCIDENCIA					
	TOTAL		Masculino		Femenino		TOTAL		Masculino		Femenino	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Pinar del Río	147075	198.8	71489	189.4	75586	208.6	7819	10.57	3889	10.3	3930	10.84
Habana	130558	183.9	60029	168.7	70529	199.1	5503	7.75	2514	7.06	2989	8.44
Ciudad de la Habana	409756	186.8	183253	176.1	226503	196.4	27508	12.54	13276	12.8	14232	12.34
Matanzas	149496	225.1	71567	214.2	77929	236.2	5394	8.12	2730	8.17	2664	8.07
Villa Clara	162141	193.2	72628	172.4	89513	214.2	5720	6.82	2833	6.73	2887	6.91
Cienfuegos	63009	158.3	26954	134.0	36055	183.1	4991	12.54	2374	11.81	2617	13.29
Sancti .Spiritus	85492	184.3	38560	163.3	46932	206.0	7601	16.39	3770	15.97	3831	16.82
Ciego de Ávila	74862	181.7	35054	167.6	39808	196.2	5879	14.27	3049	14.58	2830	13.95
Camaguey	154044	194.4	67807	170.2	86237	218.9	8807	11.11	4057	10.18	4750	12.05
Las Tunas	104250	195.9	46479	171.2	57771	221.7	10677	20.07	5110	18.82	5567	21.37
Holguín	206493	199.3	97291	183.9	109202	215.4	11520	11.12	5497	10.39	6023	11.88
Granma	158452	189.7	74842	175.6	83610	204.3	9314	11.15	4372	10.26	4942	12.07
Santiago de Cuba	165402	158.9	68571	131.7	96831	186.1	10104	9.70	4456	8.56	5648	10.85
Guantánamo.	79653	154.4	34872	133.7	44781	175.6	4700	9.11	2214	8.49	2486	9.75
Isla de la .Juventud	8644	107.6	3435	84.77	5209	130.8	557	6.93	254	6.27	303	7.61
T O T A L	2099327	186.5	952831	169.5	1146496	203.6	126094	11.2	60395	10.74	65699	11.67

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Año: 2003

ANEXO 7

Figura 4. Ciclo de intervención, formas de evaluación y juicios valorativos
(Fernández Ballesteros, 1992)



ANEXO 6

Figura 3. Modelo psicofisiológico integrado de la Hipertensión arterial

(Tomado de Fernández – Abascal y Calvo, 1985)

