

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA
SEMINARIO DE INVESTIGACION**

**ESTUDIO EXPLORATORIO DEL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN Y UN PROGRAMA
COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LA ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES
CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA**

TUTOR: LIC. VICTOR ESPINOZA

**AUTORES:
AMARO, FRANCISCO
GOMES, ARMINDO
LUCENA, NINEL**

CARACAS, ENERO DE 2012.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco, ante todo, a Dios por la fortaleza y constancia que me proporciono para el logro de esta meta. A mi esposa, por todo el apoyo, comprensión y ayuda que me brindó en la consecución de este logro. A todos mis compañeros que han estado a lo largo de estos años compartiendo alegrías, angustias y éxitos. Finalmente, agradezco especialmente a los Profesores Purificación Prieto y Luis Parra por su orientación y ayuda en la culminación de esta tesis.

Armando Gomes



Agradezco a todos aquellos Seres, visibles e invisibles, que me han guiado y ayudado a transitar por este camino, muchas veces incomprendido...

Francisco Amaro



A mis profesores: Purificación Prieto y Luis Parra, gracias por sus conocimientos, por su apoyo desde el inicio y hasta el final de esta meta.

A mi jefa Zully Rojas, por trasmitirme esa calidad humana, por ponerse en mi lugar y apoyarme en los interminables permisos académicos. A mis compañeras de trabajo, Daya, Luz, Francys, Belén, Mirla y Marvelis, por su complicidad y a quienes les tocó dar la cara en mi ausencia. ¡Gracias!.

Al Dr. Fragachán por darme la oportunidad de estar en la Unidad y compartir con su equipo de trabajo.

Ninel Lucena

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico con mucho cariño a mi esposa María Victoria y a mi linda hija Mariangel.

Armindo Gomes



Para todos aquellos que, de una u otra forma, serán auxiliados por los conocimientos que adquirí en esta Alma Mater.

Francisco Amaro



Ser estudiante de Psicología fue un modo de vida que conllevó modificaciones familiares, personales, laborales y sociales, ¡pero bien que valieron la pena! Mi dedicatoria va para aquellas personas que, aun con estos cambios, se mantuvieron a mi lado, acompañando y dando ánimos para seguir. En primer lugar, a ti Sonia Marín, mi madre, amiga y compañera. A mi hermano por estar allí. A Oswaldo, mi esposo, a quien doy gracias por su amor, comprensión y el espacio brindado para dejarme ser. A mis amig@s, por adaptarse y buscar cualquier “huequito” para compartir, por ser testigos del cómo estudiaba con los ojos cerrados encima de las guías; definitivamente, son mi familia escogida: Tahyrí, Ronaina, Maricel, Lilian, Yuraima, Roberth, Will y Yasi. En fin, a esas personitas que compartieron conmigo los pasillos, el aula, el cafetín, los lamentos y las alegrías que conlleva esta carrera: Berna, Isa, Paúl, David, Natalia, Anabel, Darcy, Oriana, Alberto (contigo mi estadía en la biblioteca era lo máximo), Orlando (siempre dispuesto a colaborar) y, por supuesto, a mis compañeros Francisco y Armindo... Sobrevivimos...y no nos “divorciamos”.

Ninel Lucena

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS EFECTOS DEL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN Y UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LA ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA

Amaro, F., Gomes, A. y Lucena, N.

RESUMEN

La dieta constituye uno de los factores de riesgo modificables para quienes padecen de presión arterial elevada y la adhesión a un régimen alimenticio adecuado es fundamental para el control de dicha enfermedad. El objetivo de esta investigación fue realizar un estudio exploratorio sobre los efectos del suministro de información y un programa cognitivo conductual sobre la adhesión a la dieta. El diseño utilizado fue de tipo preexperimental, de preprueba-posprueba con un solo grupo, según Hernández, Fernández y Baptista (2003), con la participación de 10 pacientes de la Unidad de Hipertensión Arterial del HUC. Aun cuando la aplicación del programa permite afirmar que hubo un impacto positivo en los participantes, no es posible generalizar los resultados, debido al carácter no experimental del estudio. Se recomienda realizar nuevas investigaciones.

Palabras claves: programa cognitivo conductual, suministro de información, adhesión a la dieta, presión arterial elevada.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	iv
INTRODUCCION	1
CAPITULO I - MARCO REFERENCIAL	
1.1. Presión arterial elevada. (PAE). Concepto, factores de riesgo y epidemiología.	2
1.2. Adhesión al tratamiento	7
1.2.1. Adhesión en pacientes con PAE	10
1.2.2. Adhesión a la dieta en pacientes con PAE	12
1.3. Programas cognitivo conductuales de adhesión al tratamiento en pacientes con PAE	17
1.3.1. Técnica de autocontrol	18
1.3.2. Técnica de reestructuración cognitiva	20
CAPITULO II - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1.- Justificación	24
2.2.- Objetivos	
2.2.1.- Objetivo General	29
2.2.2.- Objetivos Específicos	29
CAPITULO III - MARCO METODOLOGICO	
3.1. Etapa I - Preliminar	
3.1.1. Ambiente	30
3.1.2. Sujetos	30
3.1.3. Instrumentos	31
3.1.4. Procedimiento	33
3.1.5. Resultados	35
3.2. Etapa II y II – Aplicación	
3.2.1. Ambiente	36
3.2.2. Sujetos	36
3.2.2.1. Criterios de exclusión	37
3.2.3. Materiales	37
3.2.4. Factores	37
3.2.5. Tipo de investigación	39

3.2.6. Instrumentos	40
3.2.7. Procedimiento	43
3.2.8. Resultados	44
CAPITULO IV - ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Suministro de información	47
4.2. Creencias irracionales en relación a la dieta	50
4.3. Conductas de Autocontrol	53
4.4. Consumo de alimentos	54
4.5. Valoración del programa por parte de los participantes	56
CONCLUSIONES	57
LIMITACIONES	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
ANEXOS	69

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Tabla 1. Plan de alimentación DASH	16
Tabla 2. Validadores del Programa	31
Tabla 3. Resultados de la validación del programa	35
Tabla 4. Resultados del pretest en los factores de suministro de información, creencias, autocontrol y alimentos que consume.	45
Tabla 5. Resultados del postest de los factores de información, reestructuración cognitiva, autocontrol y consumo de alimentos	46
Tabla 6. Resultados de la valoración del programa por parte de los participantes	46
Tabla 7. Tabla de contingencia de pretest y postest para el ítem 3	49
Tabla 8. Tabla de contingencia de pretest y postest para el ítem 6	50
Tabla 9. Tabla de contingencia de pretest y postest para el ítem 6	52
Tabla 10. Tabla de contingencia de pretest y postest para el ítem 12	52
Tabla 11. Tabla de contingencia de pretest y postest para el ítem 16	53
Tabla 12. Promedio de consumo de alimentos, en pretest y postest, para cada grupo	54
Figura 1. Diagrama de caja de pretest y postest de suministro de información	48
Figura 2. Diagrama de caja de pretest y postest de creencias irracionales	50
Figura 3. Diagrama de caja de pretest y postest de conductas de autocontrol	53
Figura 4. Gráficos de barra del promedio de consumo de alimentos, en pretest y postest, para cada grupo	55
Figura 5. Resultados de valoración del programa por parte de los participantes	56

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Validación de expertos	70
Anexo 2. Cuestionario de la Figura Corporal	74
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck.	75
Anexo 4. Formato de consentimiento informado	80
Anexo 5. Lista de verificación de creencias erróneas.	81
Anexo 6. Lista de verificación de conductas autocontroladas	82
Anexo 7. Hoja de evaluación de suministro de información ¿Cuanto sabes de presión arterial elevada e Hipertensión?	83
Anexo 8. Hoja de grupos de alimentos pretest	85
Anexo 9. Hoja de grupos de alimentos posttest	86
Anexo 10. Tríptico de la Unidad de Hipertensión: Hipertensión y Alimentación.	87
Anexo 11. Tríptico: La dieta DASH.	88
Anexo 12. Folleto informativo sobre la dieta DASH	89
Anexo 13. Folleto informativo: Conoce tu trompo de los alimentos.	90
Anexo 14. Formato de valoración del programa por parte de los participantes	91
Anexo 15. Presentaciones en PowerPoint de: información sobre presión arterial, dieta DASH, técnica de reestructuración cognitiva y autocontrol.	92
Anexo 16. Programa Mejorando la adhesión a la dieta en pacientes con presión arterial elevada.	93
Anexo 17. Carta de solicitud de permiso para realizar la investigación en la Unidad de Hipertensión Arterial	98
Anexo 18. Carta de solicitud de avala al Comité de Bioetica del Hospital universitario de Caracas.	99
Anexo 19. Carta de solicitud del auditorio de la UHA para la aplicación del programa	100

INTRODUCCIÓN

La dieta constituye uno de los factores de riesgo modificables para quienes padecen de presión arterial elevada (PAE). La adhesión a un régimen alimenticio adecuado es fundamental para el control de dicha enfermedad. En este sentido, las técnicas psicológicas brindan herramientas que pudiera mejorar dicha adherencia, resaltando entre ellas la reestructuración cognitiva y el autocontrol, las cuales han sido utilizadas, en forma de programas, en el abordaje de diversas problemáticas dentro del área de la salud, mostrando su eficacia en este aspecto.

Por otra parte, diversos estudios han evaluado la eficacia de ciertas dietas y su incidencia en la disminución de la presión arterial elevada. Dentro de éstas, destaca la llamada dieta DASH, la cual consiste en un aumento en la ingesta de la cantidad de frutas, verduras y derivados lácteos de bajo contenido en grasa y en una reducción en la cantidad de sodio (sal) y grasas saturadas (grasas de origen animal). Por tanto, la información acerca de esta dieta, resulta de vital importancia para quienes se encuentran afectados por esta enfermedad.

Actualmente, las investigaciones realizadas a través de programas cognitivo conductuales no han “aislado” el factor de riesgo representado en la dieta, focalizándose en lograr una mejoría respecto a la adhesión a ésta. Por tanto, el objetivo fundamental de este estudio estará centrado en la identificación del impacto de un programa cognitivo conductual y el suministro de información sobre la adhesión a la dieta en pacientes con PAE.

Para cumplir con el objetivo mencionado, la presente investigación está estructurada en cuatro capítulos. El primero de ellos integra los aspectos teóricos relacionados con la presión arterial elevada, la adhesión al tratamiento y a la dieta y los programas cognitivo conductuales; el segundo, expone el planteamiento del problema y los objetivos específicos del estudio; el tercero, presenta la metodología empleada, así como los materiales y procedimientos utilizados; y el cuarto, muestra un análisis y discusión de los resultados, para luego, finalmente, presentar las conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1.- Presión Arterial Elevada. Concepto. Factores de Riesgo. Epidemiología.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta, las cuales generan gran cantidad de muertes, siendo responsables del 60% de las muertes; sólo en el año 2005, 35 millones de personas murieron de una enfermedad crónica (Organización Mundial de la Salud, 2005). Dentro de las diez principales causas de muerte a nivel mundial, según la OMS, por enfermedades no infecciosas, para el año 2008 se encontraban las enfermedades cardíacas como la primera causa y las cerebrovasculares como segunda, mientras que la hipertensión arterial figuraba como la número nueve (OMS, 2008). Sin embargo, no hay que olvidar que la presión arterial elevada (de aquí en adelante, PAE) está muy relacionada con las dos primeras causas de mortalidad, ya que esta tiene serias consecuencias para la salud porque incrementa el riesgo de daño a nivel cerebral, cardíaco y renal; por otro lado, es considerada como un factor de riesgo muy importante para una gama de enfermedades cardiovasculares, así como para aquellas que conducen a un marcado aumento en el riesgo cardiovascular (European Society of Hypertension y European Society of Cardiology (ESC/ESH), 2007). Además, en la gran mayoría de los casos de personas que están padeciendo de PAE, no existe un claro signo o advertencia, ni siquiera cuando la misma ya ha generado daño severo en algunos órganos. Por ello, se la ha llamado “el asesino silencioso” (Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial, 2005).

Se estima que, a nivel mundial, 7.5 millones de personas mueren debido al incremento de la presión arterial (alrededor del 12.8% del total de muertes) y que ésta, para el año 2008, tenía una prevalencia de alrededor del 40% en adultos mayores de 25 años a nivel mundial, según la OMS. En Estados Unidos de Norteamérica, entre los años 2003 -2006, un 36,3% de los adultos con edades iguales o mayores a 20 años, padecían de presión arterial elevada, lo cual correspondería a un estimado de 7.450.000 adultos, siendo la mortalidad general, para el año 2006, a causa de esta enfermedad, de 56.561 personas (American Heart Association, 2010). Por su parte, en Venezuela, la principal causa de muerte para el año 2007 fue las enfermedades del corazón con 25.600 muertes correspondientes a 20,18% y por

enfermedad cardíaca hipertensiva fue de 2.914, la cual equivale a un 2,3% del total de muertes (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2007).

La PAE es una enfermedad crónica no infecciosa, y según la AHA (2010), es definida como la elevación de la presión arterial por encima de 140 mm Hg (sistólica) y de 90 mm Hg (diastólica). Aunque la evaluación de la PAE implica ambos valores, históricamente se le ha dado mayor énfasis al valor de la presión diastólica como predictor del riesgo de morbilidad cardíaca y muerte (ESH/ESC, 2007). Sin embargo, un gran número de estudios observacionales han demostrado que la morbilidad y mortalidad cardiovascular tienen una relación continua con las presiones arteriales sistólica y diastólica (ESH/ESC, 2007), por lo que se deben tomar en cuenta ambas.

Durante mucho tiempo, las directrices de hipertensión se centraron en los valores de presión arterial como las únicas variables, o las principales, que determinan la necesidad y el tipo de tratamiento. Aunque este enfoque se mantuvo en el Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión Arterial llevada a cabo en el 2003, las directrices de la ESH/ESC hicieron hincapié en que el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión debe estar relacionado con la cuantificación del total (o global) de riesgo cardiovascular. Esto se basa en el hecho de que únicamente una pequeña fracción de la población con PAE tiene sólo elevación de la presión arterial y que la gran mayoría exhiben otros factores de riesgo cardiovascular.

En lo que respecta a la clasificación de la hipertensión, la misma está basada en los valores de corte (140 mmHg -sistólica- y 90 mmHg -diastólica), pero el hecho de que la presión sanguínea tenga una distribución unimodal y la existencia de una relación continua con el riesgo cardiovascular a niveles de presión sistólica y diastólica de 110-115 mmHg y 75-70 mmHg, respectivamente, hace dichos puntos de corte arbitrarios y la palabra hipertensión poco científica (ESC/ESH, 2007). Sin embargo, como los cambios de una terminología ampliamente conocida y aceptada pueden generar confusión, y el uso de valores de corte simplifica el diagnóstico y su tratamiento en la práctica diaria, se ha mantenido la clasificación de la hipertensión pero con las siguientes disposiciones (ESH/ESC, 2007):

1. Cuando la presión arterial sistólica y diastólica de un paciente caen en diferentes categorías, la categoría superior debe aplicarse para la cuantificación del riesgo cardiovascular total, la decisión sobre el tratamiento de drogas y la estimación de la eficacia del tratamiento.
2. La hipertensión sistólica aislada debe ser clasificada (grados 1, 2 y 3) de acuerdo con los mismos valores de la presión arterial sistólica indicados para la hipertensión sistólica-diastólica. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la asociación con una baja presión arterial diastólica (por ejemplo, 60-70 mmHg) debe ser considerado como un riesgo adicional.
3. El umbral para la hipertensión (y la necesidad de tratamiento farmacológico) debe ser considerado como flexible basado en el nivel y perfil de riesgo cardiovascular total. Por ejemplo, un valor de la presión arterial puede ser considerado como inaceptablemente alto y que necesita tratamiento en los estados de alto riesgo, pero todavía aceptable en pacientes de bajo riesgo.

En lo que respecta al posible origen la PAE, ésta puede ser primaria o esencial, cuando no tiene una causa aparente, o secundaria, cuando es el producto de otra enfermedad subyacente (Messerli, Williams y Ritz, 2007). Dentro de las causas más comunes de PAE secundaria están: parénquima renal, hipertensión renovascular, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario, entre otros (ESH/ESC, 2007).

Por otra parte, la presión arterial es afectada por diversos factores de riesgo, los cuales se pueden agrupar en dos categorías (AHA, 2010):

a) Factores de riesgo no modificables:

Se entiende como factores de riesgo no modificables aquellos que la intervención del equipo de salud no puede corregir con los conocimientos actuales (Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial, 2005). Entre éstos están: la edad, el sexo, la raza y la herencia.

- La edad: el riesgo de sufrir de PAE, al igual que otras enfermedades crónicas se incrementa con la edad. En un estudio realizado en Barcelona, España, se observó que el número de personas con PAE se incrementaba con la edad, especialmente a partir de los 35 años, estabilizándose alrededor de los 74 años

(Baena, Del Val, Tomás, Martínez, Martín, González, Raidó, Pomares, Altés, Álvarez, Piñol, Rovira y Oller, 2005).

- El sexo: los datos muestran que un mayor porcentaje de hombres tienen PAE hasta los 45 años de edad; de 45 a 64 años, el porcentaje de hombres y mujeres con PAE es similar y, a partir de esta edad, el porcentaje de mujeres con PAE es mayor (AHA, 2010).
- La raza: se ha observado que la incidencia de la PAE tiende a ser mayor en personas de raza negra, de acuerdo a la alta prevalencia observada de esta enfermedad en el continente africano (OMS, 2008) y en negros estadounidenses, donde la prevalencia está entre la más alta del mundo, incrementándose de 35,8% a 41,5% entre los años 1999 y 2002, siendo particularmente más alta en mujeres negras (44%). Por su parte, la prevalencia en estadounidenses blancos se incrementó de 24,3% a 28,1% (AHA, 2010). Al establecer comparaciones entre las personas de raza blanca y negra, se observa que esta última desarrolla más temprano PAE, teniendo valores promedio de PA mucho más altos, con una mayor tasa de accidentes cerebrovasculares no fatales, cerebrovasculares fatales y de enfermedades renales terminales (AHA, 2010).
- Herencia: tener miembros de familia con PAE o con enfermedad cardíaca incrementa el riesgo de desarrollar esta enfermedad (Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial, 2005).

b.- Factores de riesgo modificables:

Se entiende como factores de riesgo modificables aquellos que la intervención del equipo de salud puede corregir: la ingesta de sal, la dieta y factores relacionados, la actividad física, la obesidad, estrés, consumo de alcohol, el fumar, la adhesión al tratamiento:

- La obesidad ha sido ampliamente reconocida como un factor de riesgo para el desarrollo de PAE (Appel, 2009; Maicas, Lázaro, Alcalá, Hernández y Rodríguez, 2003; Zidek, Naditch-Brûlé, Perlini, Farsang y Kjeldsen, 2009). Esta ha sido asociada a una alta prevalencia de hipertensión y la pérdida de peso a la reducción de la

presión arterial, según lo señalan Messerli et al. (2007). Estudios clínicos tanto en humanos como en animales han confirmado una fuerte relación entre la obesidad y la hipertensión (Hall, 2003). Se han identificado varias anomalías que pueden explicar la existencia de presión arterial elevada en la obesidad, dentro de las cuales están la activación del Sistema Nervioso Simpático y el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. La obesidad también se ha asociado con la disfunción del endotelio y anomalías en la función renal (Rahmouni, Correia, Haynes y Mark, 2005).

- El consumo excesivo de sal induce el aumento del volumen sanguíneo, lo cual eleva el gasto cardíaco y, por ende, causa hipertensión (Appel, 2009; Maicas y cols., 2003). Estudios aleatorizados en pacientes con PAE indican que reduciendo la ingesta de sodio de 80-100 mmol (4,7 a 5,8 gr de cloruro de sodio) por día, a partir de una ingesta inicial de aproximadamente 180 mmol (10g de cloruro de sodio) por día, se reduce la PA en un promedio de 4-6 mmHg (ESH y ESC, 2007).
- El fumar causa incremento de la PA y la tasa cardíaca, persistiendo esto durante 15 minutos después de fumar un cigarrillo. Se ha observado que fumadores pasivos han mostrado un incremento en el riesgo de enfermedad coronaria (ESH/ESC, 2007).
- Varios estudios han demostrado que el ejercicio físico regular se asocia con niveles menores de PA y, por lo tanto, menor prevalencia de PAE (Appel, 2009; Maicas y cols., 2003).
- Las personas expuestas al estrés tienen mayor probabilidad de desarrollar PAE en comparación con quienes no lo sufren, según señalan estudios realizados (Appel, 2009; Maicas y cols., 2003).
- Considerables estudios sustentan una asociación entre la excesiva ingesta de alcohol y el incremento del riesgo de hipertensión (Tsuruta, Adachi, Hirai, Fujiura y Imaizumi, 2000; Fuchs, Chambless, Whelton, Nieto y Heiss, 2001; Maicas y cols., 2003; Sesso, Cook, Buring, Manson y Gaziano, 2008).
- La presencia del síndrome metabólico es una condición clínica caracterizada por un conjunto de anomalías (Dalle, Calugi, Centis, Marzocchi, El Ghoch y Marchesini,

2010) la cual se asocia a una resistencia al tratamiento antihipertensivo (Zidek et al., 2009).

- Otros factores de riesgo, relacionados con la dieta, están vinculados a una ingesta baja de potasio. En este sentido, tres estudios de meta-análisis han documentado que la alta ingesta de potasio disminuye la PA (Appel, 2009). Por otro lado, la aplicación de programas de alimentación como el Dietary Approach to Stop Hypertension o DASH, han resultado eficaces por tener efectos reductores en la PAE. En un estudio donde se implementó esta dieta, se observó que la combinación de ésta con el ejercicio en personas con sobrepeso, incidió en la reducción de la PA (Blumenthal, Babyak, Hinderliter, Watkins, Craighead, Lin, Caccia, Johnson, Waugh y Sherwood, 2010).

1.2.- Adhesión al Tratamiento

a.- Definición de adhesión al tratamiento

El término de adhesión al tratamiento implica un compromiso de colaboración activa y voluntaria del paciente, con flujo de conducta aceptado, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico. La adhesión cubre una variedad de conductas, entre las que se incluyen: tomar parte y continuar un programa de tratamiento, mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones, tomar correctamente la medicación prescrita, seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida, como por ejemplo, en el área de alimentación, ejercicio y manejo del estrés, realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario y evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud, como: fumar, ingerir alcohol, usar drogas, entre otros (Meichenbaum y Turk ,1991).

La adherencia o seguimiento terapéutico conlleva la incorporación puntual o definitiva, en las rutinas cotidianas del paciente, de los nuevos hábitos recomendados. Incluye comportamientos en función de la enfermedad padecida, de la gravedad de la misma, de la edad del paciente, etc. Esto hace que se considere como un repertorio complejo que se establece en función de múltiples variables sujetas a la necesidad de la comprensión y el manejo de los diferentes comportamientos que la definen, unido a la motivación por llevarlos a cabo (Luciano, 1992, c.p. Fernández, 2009).

Por su parte, la Sociedad Española de Hipertensión y la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (2005) definen la adherencia como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con éste, el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización de las mismas por parte del paciente, realizadas éstas tras una decisión completamente razonada por éste.

Según Meichenbaum y Turk (1991), el nivel de adherencia varía dependiendo de las formas de tratamiento, presentándose los niveles más altos de adhesión en aquellos tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones, quimioterapias), niveles elevados de supervisión y monitoreo. En contraposición, tenemos los niveles más bajos, entre los que encontramos a los pacientes con enfermedades crónicas en las que no había un malestar o un riesgo evidente; en aquellas que requieran cambios de estilos de vida y cuando la prevención, en lugar de curar o aliviar los síntomas, pretende instaurarse como hábito de vida. Cabe señalar que la falta de adherencia, no se limita a la medicación; estos problemas también han sido identificados en el mantenimiento de aquellas conductas que resultan protectoras de la salud (Meichenbaum y Turk, 1991).

Es preciso señalar que el problema de adherencia entre los pacientes que padecen de presión arterial elevada es de casi el 50%, más el 50% que abandona la atención de su salud al cabo de un año, siendo sólo dos tercios de aquellos que llevan a cabo un programa de cuidados quienes toman la medicación suficiente como para poder controlar adecuadamente su presión sanguínea (Vetter, Ramsey, Luscher, Schrey y Vetter, 1985, c.p. Meichenbaum y Turk, 1991). Un tercio de los afectados no busca tratamiento, otro tercio abandona el tratamiento y el tercio restante no está bajo control.

b) Factores asociados a la adhesión

Entre los factores asociados a la adherencia al tratamiento podemos encontrar, según Meichenbaum y Turk (1991):

- Aquellos relacionados con los pacientes, los cuales incluyen aspectos vinculados con las características del individuo, la presencia o no de un trastorno psicológico o

discapacidad mental, motora o sensorial, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas de bajo nivel y las distorsionadas frente al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales, la apatía, el pesimismo, o la aceptación realista que, generalmente, se relaciona con una nula o escasa adherencia. En general, la aceptación de la enfermedad y todas sus implicaciones, la historia previa de adhesión, la insatisfacción con el personal de salud, la situación social, el apoyo familiar y social, la estabilidad financiera y demás variables asociadas a la persona, son factores que afectan la adhesión terapéutica.

- Factores asociados a la enfermedad: si es crónica, con ausencia de síntomas manifiestos, o de una afección aguda con síntomas manifiestos, lo que afecta el grado de adhesión (siendo el menor nivel vinculado a las enfermedades crónicas de síntomas no evidentes). Por lo general, el grado de incapacidad y de malestar físico afectan directamente la adhesión.
- Factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad: la complejidad en cuanto al régimen del tratamiento, como la cantidad de distintos medicamentos, los horarios, los efectos secundarios y el grado de cambio comportamental, así como la duración del mismo y el modo de administración, son algunos de ellos. A mayor complejidad de estos aspectos menor adherencia habrá.
- Factores vinculados con la institución que presta el servicio de salud, entre los que están: la continuidad o no del cuidado médico, el tiempo de espera, el lapso entre consultas, el trato del personal, la reputación de la institución y del personal y las formas de acceso a la infraestructura.
- Por último, y no menos importante, se hallan los factores que se consideran están asociados con la interacción del personal de salud, entre los que se mencionan: las comunicaciones, actitudes, conductas verbales y no verbales, la dificultad por parte del personal por manifestar preocupaciones, sentimientos o emociones negativas del paciente y la insatisfacción de estos con relación a la supervisión del personal de salud.

1.2.1.- Adhesión en pacientes con PAE

Ingaramo, Vita, Bendersky, Arnolt, Bellido, Piskorz, Lindstrom, García, Manzur, Marigliano, Hauad, Donato y Santana (2005), indican que sólo el 50% de los pacientes con PAE mantienen la medicación a los seis meses. Por su parte, en una investigación realizada por Salazar y Urdanibia (2005), la adherencia al tratamiento resultó compuesta de cuatro factores, a saber: a) adherencia al tratamiento farmacológico, b) adherencia a las dietas y ejercicios, c) consumo de café y cigarrillos, y d) consumo de alcohol.

Debido a que se ha observado que un número significativo de pacientes no se adhieren al tratamiento, se hace necesario medir, de la forma más objetiva posible, dicha adherencia, pero debido a la complejidad de la adhesión al tratamiento y las múltiples conductas que pueden estar implicadas en ésta, se han desarrollado una gran diversidad de medidas, variando de la misma forma los criterios empleados en cada una de éstas. Esto ha motivado a que se empleen diferentes modos de evaluación para medir la adherencia, dentro de cuales están:

- El autoinforme: posiblemente es la medida empleada con mayor frecuencia, pero las estimaciones efectuadas a partir de éstos han sido cuestionadas porque pueden ser imprecisas e implican la probabilidad de sesgo, ya que el paciente puede querer ser visto de forma positiva por el terapeuta; en consecuencia, sobreestima el rendimiento de las conductas realizadas y, con ello, su nivel de adhesión. A pesar de esto, puede ser una poderosa estrategia de adhesión. Algunos estudios indican que se puede incrementar la precisión del auto-informe informando previamente al paciente que será sometido a mediciones fisiológicas y farmacológicas para la verificación de la información (Meichembaun y Turk, 1991).
- Mediciones conductuales: pueden incluir contar píldoras o envases, anotar el porcentaje de medicación tomada, realizar observaciones del comportamiento y registros de la asistencia a las citas. Sin embargo, estas medidas están sujetas a distorsión, por ejemplo: en el recuento de pastillas, el paciente por deseabilidad social y para evitar los efectos secundarios, puede descartar algunas cápsulas. En cuanto a la observación, implementarla en el ambiente natural del paciente puede ser problemático; por otro lado, la observación de algunas conductas en consultorio es artificial y puede no reflejar su ejecución en casa. En el caso de registro de citas, éste

no incluye las razones de las inasistencias, las cuales pudieran no tener relación alguna con la adherencia (Meichembaun y Turk, 1991).

- Mediciones bioquímicas: los marcadores bioquímicos son útiles para indicar la adhesión porque están libres del sesgo de los sujetos en los autoinformes y el recuento de pastillas. Dentro de éstos, están: la incorporación de rastreadores químicos en la medicación, los cuales tienen las ventajas de que no son identificables por el paciente, pero son fácilmente detectados en un examen de sangre u orina y la medición de medicamentos o sus metabolitos en sangre u orina (Meichembaun y Turk, 1991).
- Resultados clínicos: una de las formas de evaluar la adhesión es considerar si el resultado deseado del tratamiento se ha logrado o no, con lo cual se podría asumir si hubo adhesión. Sin embargo, los pacientes pueden mejorar o empeorar debido a razones distintas al tratamiento.

Por otra parte, y en lo que respecta a estudios realizados en adherencia al tratamiento de pacientes con PAE, es de resaltar la investigación realizada por Ingaramo y cols. (2005), quienes evaluaron la adherencia al tratamiento utilizando un autoinforme: el test de Morisky-Green-Levine y, en base a éste, examinaron el control tensional en hipertensos esenciales crónicos. En los resultados encontraron que la adherencia no superó el 50% luego de 6 meses de tratamiento y que el test de Morisky-Green-Levine demostró una buena correlación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial.

En otra investigación realizada por Ndumele, Shaykevich, Williams y Hicks (2010), cuyo objetivo era determinar si las diferencias en la adherencia se asociaban con características raciales-étnicas y socioeconómicas, aplicaron una encuesta a 141 pacientes hipertensos africanoamericanos y blancos no hispanos en dos clínicas en los hospitales en un entorno urbano en el noreste de los EE.UU. Los pacientes recibieron una versión modificada de la Encuesta Hill-Bone Compliance Survey, un cuestionario de 14 variables para medir la adherencia de los pacientes hipertensos en tres dimensiones de cuidado: 1) la adhesión a restricciones en la dieta (tres preguntas), 2) la adhesión a seguimiento de las visitas (dos preguntas), y 3) la adhesión a los regímenes de medicamentos prescritos (nueve preguntas). Ellos obtuvieron como resultado que no hubo diferencias significativas entre los grupos

raciales-étnicos en la adherencia a las citas de seguimiento o la adhesión a las restricciones dietéticas establecidas por los médicos. Sin embargo, hubo una diferencia significativa entre los grupos en su adhesión a los regímenes de medicación, en la que los afroamericanos tienen una probabilidad significativamente mayor de no ser adherentes a los regímenes de medicación.

En un estudio realizado por Granados, Roales-Nieto, Moreno e Ybarra (2007), se analizó el impacto de las creencias en síntomas relacionados con la elevación en la presión arterial sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. En dicho estudio, se empleó con cada paciente un formato de entrevista estructurado con base en las preguntas del Cuestionario de Creencias de Hipertensión Arterial (CCH-1) (Granados, Roales-Nieto e Ybarra, 2006, c.p. Granados y cols., 2007), referentes a la detección de creencias en forma de síntomas asociados a la presión arterial, posibles funciones de tales síntomas, adherencia al tratamiento y razones informadas para la no adherencia y para la recuperación de la adherencia. Las respuestas de los ítems referentes a las creencias en forma de síntomas sobre la hipertensión arterial se utilizaron para clasificar la muestra en dos grupos: los que informaban dichas creencias y los que no informaban. De la misma manera, los datos sobre los informes de fallos en la adherencia se obtuvieron de las preguntas del cuestionario que hacían referencia a ésta, recabando información sobre episodios de incumplimiento en la toma de la medicación, episodios de alteración de la dosis y las razones por las cuales se produjo tanto los episodios de no adherencia como la vuelta al cumplimiento, obteniendo como resultado una fuerte asociación entre informes de las creencias en síntomas e informes de falta de adherencia al tratamiento.

1.2.2.- Adhesión a la dieta en pacientes con PAE

Uno de los factores fundamentales que contribuye con la reducción de la PAE, está representado por una dieta adecuada (Socarrás y Bolet, 2010). Sin embargo, las características del régimen dietético es uno de los factores más importantes que influye sobre la adhesión a la dieta en pacientes con esta enfermedad crónica (Holli, Calabrese y O'Sullivan, 2003).

Es importante destacar que la adhesión a la dieta se define como la medida en la cual la conducta alimentaria y las elecciones que realiza el individuo en función de ésta, coinciden

con las recomendaciones y prescripciones dietéticas (Holli et al., 2003). En una aproximación más específica, Williamson, Anton, Han, Champagne, Allen, LeBlanc, Ryan, McManus, Naranjo, Carey, Loria, Bray y Sacks (2010) quienes trabajaron con adultos obesos en un programa para la reducción del peso, hallaron que la adherencia al tratamiento puede ser conceptualizada como un constructo multidimensional, compuesto por dos factores: a) adherencia conductual, y b) adherencia a la dieta. Los resultados de este estudio mostraron que los participantes podían adherirse a los componentes conductuales (asistencia a sesiones individuales y grupales de entrenamiento y autorregistros) pero no a la dieta; contrariamente, podían presentar una buena adherencia dietética pero no seguir los componentes conductuales.

De acuerdo con Soca y Sarmiento (2009), una dieta equilibrada que contenga los nutrientes esenciales en las cantidades necesarias es un requisito fundamental para una buena nutrición y el mantenimiento de la salud.

Aunado a lo anterior, los pacientes con PAE deben disminuir el consumo de sal. En apoyo a esto, Gutiérrez (2005) afirma que una mayor ingesta de sodio se ha asociado de manera consistente con un mayor riesgo de PAE a nivel poblacional. En palabras de Valdés (2009): “Es claro que la sal, y el manejo que de este ion hace el riñón, constituyen la causa más importante de elevación de las cifras tensionales”. Los alimentos de origen animal, ricos en proteínas de alto valor biológico, contienen sodio en cantidades significativas, debido a lo cual es recomendable tomar medidas preventivas al momento de consumirlos. Por otra parte, la mayoría de las frutas y vegetales frescos contienen una baja cantidad de sodio y por esta razón pueden emplearse libremente en las dietas hiposódicas (Valdés, 2009).

Por otra parte, la ingestión de grandes cantidades de potasio, magnesio y calcio aportan protección frente a la PAE. En este sentido, los resultados relacionados con el potasio son los más consistentes, encontrándose una relación inversamente proporcional entre el consumo de éste y la PAE, por lo cual se recomienda el incremento de la ingesta de este nutriente como medida de prevención contra la hipertensión esencial (Gutiérrez, 2005).

Además, diversos estudios observacionales sugieren una probable asociación directa entre la ingesta de ácidos grasos saturados y poliinsaturados con la PAE; por su parte, los

ácidos grasos omega han mostrado un efecto benéfico sobre los niveles de presión arterial (Gutiérrez, 2005).

De acuerdo con Holli et al. (2003), la dieta del hipertenso debe contener abundante fibra y antioxidantes, que se consumen con los alimentos vegetales y las frutas. La ingesta de fibra puede servir como factor protector ante enfermedades cardíacas, debido probablemente a que reduce los niveles de presión arterial.

Teniendo como base lo anterior, se evidencia que la completa adhesión a una dieta adecuada en pacientes con PAE, resulta una necesidad vital, debido a los enormes beneficios que esto conlleva para su salud. En este sentido, una de las dietas que han resultado ser más eficaces para el control de la PAE, es la llamada dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hipertensión), la cual consiste en un aumento en la ingesta de la cantidad de frutas, verduras y derivados lácteos de bajo contenido en grasa y en una reducción en la cantidad de sodio (sal) y grasas saturadas (grasas de origen animal); además, el plan DASH es rico en magnesio, potasio, calcio, proteínas y fibra (U. S. Department of Health and Human Services, 2006).

Cabe destacar, para conocer los fundamentos originales que dieron sustento a la comprobada eficacia de la dieta DASH, presentar una reseña de los estudios iniciales de la misma (realizados por el National Heart, Lung and Blood Institute de EE.UU.), tal como los exponen Román, Aller y Bustamante (2008):

- En el primer estudio, denominado DASH, basado principalmente en la ingesta de frutas, verduras y lácteos con bajo contenido en grasas, se demostró que los niveles de presión arterial disminuían con una dieta baja en lípidos (grasas saturadas), colesterol y contenido total de grasa. Desde un punto de vista nutricional, es una dieta especialmente rica en magnesio, calcio y potasio, así como en proteínas y fibra. En este trabajo, se incluyeron a 459 adultos (27% diagnosticados con PAE), y se compararon 3 tipos de dieta diferentes, que contenían unos 3g de sodio al día. Una dieta típica americana (hipercalórica y rica en grasas saturadas), una dieta como la anterior pero enriquecida en verduras y frutas, y el plan de alimentación DASH. Los resultados fueron claramente significativos, demostrando que la dieta DASH y la rica en frutas y verduras consiguieron disminuir los niveles de presión arterial. Vale

resaltar que la dieta tipo “DASH” obtuvo los mejores resultados, especialmente en el grupo de pacientes con hipertensión. Es importante destacar que los beneficios tensionales se obtuvieron a las dos primeras semanas de iniciar la dieta.

- En el segundo estudio de este grupo, denominado DASH-sodio, se realizó un diseño donde se disminuía el aporte de sodio de las tres dietas anteriores, analizando el efecto adicional que se producía en los niveles de tensión arterial. En este estudio se incluyeron 412 sujetos (41% con PAE), que se asignaron de forma aleatoria a cada una de las 3 dietas y, posteriormente, fueron sometidos a restricciones, durante un mes, a cada uno de los niveles de sodio que se establecieron: 3300mg/día (el consumo de la mayoría de la población americana), 2400mg/día y 1500mg/día. Los resultados demostraron que la reducción de sodio en la dieta disminuye la presión arterial en cualquiera de las tres dietas. Sin embargo, cabe destacar que la mayor reducción de presión arterial se consiguió con la dieta DASH, y, por supuesto, el mejor resultado sobre el descenso tensional se alcanzó con el plan de alimentación DASH y la ingesta de sólo de 1500mg/día.

Tras su comprobada eficacia, la dieta DASH pasó a ser parte importante de las recomendaciones dietéticas para pacientes con PAE, caracterizándose la misma por (U. S. Department of Health and Human Services, 2006):

- Una baja cantidad en grasas saturadas, colesterol y grasa total.
- Una alta cantidad de frutas, vegetales y productos lácteos de bajo contenido en grasa.
- Incluir cereales integrales.
- Incluir carnes de pollo y pavo, pescados y frutos secos.
- Incluir alimentos ricos en potasio, magnesio, calcio, proteínas y fibras.
- Reducir el consumo de carnes rojas, dulces y bebidas azucaradas.

La siguiente tabla muestra las porciones diarias recomendadas en el plan de alimentación DASH, dependiendo de la cantidad de calorías diarias.

Tabla 1.

Plan de alimentación DASH. N° de porciones diarias según requerimientos calóricos.

GRUPO DE ALIMENTOS	PORCIONES AL DÍA		
	1600 calorías	2600 calorías	3100 calorías
Cereales y derivados	6	10-11	12-13
Verduras	3-4	5-6	6
Frutas	4	5-6	6
Alimentos lácteos bajos en grasa	2-3	3	3-4
Carnes, aves y pescado	3-6	6	6-9
Frutos secos, semillas y frijoles	3/semana	1	1
Grasas y aceites	2	3	4
Dulces	0	≤2	≤2

Nota. De Your Guide to Lowering Your Blood Pressure with DASH (pág. 10), por U. S. Department of Health and Human Services, 2006, Washington: Autor.

Según Sacks y Campos (2010), el manejo dietético es apropiado para todos los pacientes con PAE, debido a que éste juega un papel esencial en el tratamiento de esta enfermedad crónica. Afirman estos autores que la medicación no debe sustituir una dieta adecuada, sino que ambas deben ser consideradas como parte integral del tratamiento, y añaden que la dieta DASH resulta efectiva en combinación con bloqueadores del receptor de angiotensina, así como la reducción del consumo de sodio para disminuir los valores de la presión arterial. Cabe destacar que dichos autores también sostienen que la adhesión al régimen dietético es mejor y los índices de éxito en cuanto a lograr un control de la PAE son más elevados cuando se acompañan de asesoría o una guía activa a los pacientes por parte de profesionales en el área de la salud.

De acuerdo con Savica, Bellinghieri y Kopple (2010), la incidencia y severidad de la PAE se encuentra afectada por la ingesta de muchos nutrientes. Estos autores señalan que, entre otras cosas, una ingesta elevada de cloruro de sodio puede predisponer a los sujetos a padecer de PAE, mientras que un elevado consumo de potasio ayudaría a disminuirla. Además, afirman que dietas especializadas basadas en frutas, vegetales, productos bajos en grasa e hiposódicas, pueden prevenir o mejorar la PAE, destacando entre ellas la dieta DASH. Por su parte, Levitan, Wolk y Mittleman (2009), en un estudio longitudinal,

demonstraron que esta dieta reduce efectivamente la PAE y disminuye el riesgo de insuficiencia cardíaca.

Por otra parte, Fung, Chiuve, McCullough, Rexrode, Logroscino y Hu (2008) señalan que la dieta DASH hiposódica reduce sustancialmente tanto la presión sistólica como diastólica en individuos hipertensos. De hecho, estos autores, en un estudio longitudinal, hallaron que la adherencia a esta dieta está asociada a un menor riesgo de enfermedades cardíacas.

1.3.- Programas cognitivo conductuales de adhesión al tratamiento en pacientes con PAE

La presión arterial, como enfermedad crónica que aumenta el riesgo de afecciones cardiovasculares, ha sido objeto de múltiples investigaciones en el ámbito de la salud. Así, los programas cognitivo-conductuales se muestran como una herramienta eficaz para la reducción de las principales emociones de riesgo para el padecimiento de la HTA: la ansiedad y la ira (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994). Del mismo modo, dichos programas ayudan a reducir, de forma estadísticamente significativa, el consumo diario de alimentos perjudiciales para la PA, tales como: embutidos, ahumados y/o pescados salados, aperitivos salados, quesos, alimentos enlatados o precocinados, papas fritas, aperitivos salados, bebidas destiladas y/o con gas, etc. (Fernández, 2009).

Por su parte, Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez (2005), en un estudio cuasiexperimental en pacientes con hipertensión y diabetes, donde se aplicó un programa cognitivo conductual sobre variables psicológicas (calidad de vida, estilo de afrontamiento, depresión y ansiedad) que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica, hallaron mejoras clínicas en la mayoría de dichas variables tras la aplicación.

Por su parte, Holguín, Arrivillaga, Varela, Cáceres y Correa (2007), aplicaron el autocontrol dentro de un programa cognitivo-conductual para disminuir la presión arterial, reducir el estrés percibido e incrementar la adherencia al tratamiento, que redundó en el incremento de los hábitos alimenticios, actividad física y deporte, además de fortalecer las habilidades de los pacientes en cuanto a comunicación y adherencia al tratamiento.

1.3.1.- Autocontrol

El autocontrol, según Caballo (1992), se refiere a un grupo de técnicas y de estrategias que tiene algunos propósitos y suposiciones comunes, y que tienen que ver con aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. El término autocontrol expresa, según este autor, la importancia del papel de la persona como director de su propia conducta; se trata a la persona como si fueran dos personas. El primer individuo, “el respondiente”, que se comporta de modo problemático en una serie de situaciones, y el segundo, el individuo “controlador” que observa, evalúa y modifica la conducta del primero.

Por otro lado, y en concordancia con lo planteado por Caballo, Kazdin (1996), señala que el autocontrol comprende aquellas conductas que una persona ejecuta de manera deliberada para lograr resultados seleccionados por ella misma. Explica este autor que el autocontrol es un asunto de grado más que de todo o nada, pues es el paciente, quien tiene el papel activo, está a cargo y tiene la responsabilidad de cumplir o no con el cambio propuesto. Este procedimiento subyace a la regulación de comportamientos que poseen consecuencias conflictivas por lo que las consecuencias reforzantes que siguen a la emisión de la conducta pueden ser inmediatas, y las consecuencias castigantes, demoradas; en esta categoría se incluyen conductas como, por ejemplo, consumo excesivo de comida, cigarrillos y drogas.

El autocontrol se define como un tipo de conducta que puede aprenderse y que responde a las mismas influencias ambientales que otras conductas (Thoresen y Mahoney, 1974). De esta manera, “una persona muestra autocontrol cuando, en ausencia relativa de coacciones inmediatas, pone en práctica una conducta cuyas probabilidades previas eran menores que las de otras conductas posibles” (Thoresen y Mahoney, 1974, p. 30). Asimismo, el autocontrol es una conducta aprendida, al igual que el resto de las conductas, que permite al sujeto tener un mayor dominio al momento de ejecutar determinado comportamiento, eligiendo una conducta que inicialmente era menos probable que cualquier otra.

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento, se puede afirmar que el autocontrol constituye un continuo dinámico en el que la persona modifica tanto su medio interno como el externo, con el objetivo de promover un cambio significativo. Así, existen diversos grados

de autocontrol: algunas veces, el medio externo dispuesto por los demás ejerce un considerable control sobre las acciones de un sujeto, pero otras veces es el mismo individuo quien influye fundamentalmente sobre lo que hace (Thoresen y Mahoney, 1974).

En este mismo orden de ideas, Thoresen y Mahoney (1974) exponen dos modalidades básicas de estrategias de autocontrol. La primera de ellas está relacionada con la planificación del ambiente y hace referencia a la planificación y puesta en práctica, por parte del individuo, de los cambios en los factores situacionales pertinentes antes de ejercer una conducta orientada hacia un objetivo. En este caso, la probabilidad de una respuesta se ve grandemente influida por la presencia o ausencia de claves de estímulo previamente asociadas con esa respuesta. Por ejemplo, en lo que respecta a la conducta alimentaria, la silla y la mesa del comedor constituyen una clave asociada con el hecho de comer; por ende, una técnica de planificación ambiental consiste en limitar a los sujetos a comer en unas situaciones relativamente poco frecuentes y que no se dediquen a ninguna otra actividad gratificante mientras coman, como ver televisión, leer, etc. Otra modalidad de la técnica de planificación ambiental es la centrada en una disposición previa de las consecuencias de la conducta y comparte la característica de modificación o eliminación de determinadas situaciones antes de que llegue a concretarse la conducta conflictiva, pero implica un acuerdo social o contrato en relación con las contingencias de la recompensa o el castigo.

La segunda estrategia es la programación de la conducta e implica consecuencias autoaplicadas después de producirse la respuesta deseada (Thoresen y Mahoney, 1974). Ejemplo de respuestas autocontroladas de programación de la conducta, son: la autoobservación, la autorrecompensa positiva, la autorrecompensa negativa, el autocastigo positivo y el autocastigo negativo.

Por último, los autores citados en el párrafo anterior, expresan que las aplicaciones clínicas de autocontrol implican combinaciones de ambas estrategias, tanto de planificación ambiental como de programación de la conducta, por lo que la diferenciación realizada es arbitraria y no debe desligarse una de otra. Así, las estrategias de programación de la conducta se refieren a las consecuencias de una determinada conducta, mientras que las de planificación hacen referencia a las diversas características del ambiente que rodea al individuo.

Dentro de esta línea, Montgomery (2008) realizó un análisis teórico del papel del autocontrol, tanto en la experimentación como en la aplicación clínica. En este sentido, señala que los repertorios conductuales que manifiestan el autocontrol son aprendidos, y que los mismos pueden ser promovidos mediante procedimientos estructurados, tales como la reestructuración racional, la solución de problemas, el aprendizaje autoinstruccional, y otros.

En el estudio de Junger y Kampen (2010), quienes conciben el autocontrol como un recurso mental básico a través del cual las personas son capaces de inhibir o cambiar sus respuestas internas y se abstienen de realizar comportamientos indeseables, se expone que las personas con alto dominio de sí mismo muestran menos disfuncionalidad y conductas impulsivas con respecto a las personas con bajo autocontrol. Los autores indagan acerca de la relación de la capacidad cognitiva con una alimentación saludable, la actividad física con el índice de masa corporal y, además, examinan si de alguna manera el autocontrol media la relación entre capacidad cognitiva y el comportamiento de la salud. Aunque en este estudio la capacidad cognitiva y el autocontrol están positivamente relacionados con las conductas de salud, no se encontró relación entre la habilidad cognitiva y el autocontrol.

Por tanto, estos hallazgos sugieren que el autocontrol y la capacidad cognitiva son predictores independientes de los comportamientos de salud. Curiosamente, también se encontró que los adolescentes con menos autocontrol gastan más dinero en alimentos y bebidas chatarras. Entre las limitaciones que presentaron se encuentran que los datos sobre el autocontrol y los comportamientos de salud se basaron en autoinformes, lo cual pudo haber afectado los resultados, ya sea por mala interpretación de los ítems o bien por deseabilidad social. Los hallazgos deben ser replicados utilizando otros instrumentos.

1.3.2.- Reestructuración cognitiva

En la reestructuración cognitiva, se busca la identificación y modificación de los pensamientos distorsionados y catastróficos; por tanto, de las emociones y comportamientos asociados (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007). Cabe destacar que las conductas son el resultado de lo que las personas piensan o creen acerca de una situación (Ellis, 1975, c.p. Lega y Velten, 2008). Hay diversidad de las denominadas terapias de reestructuración

cognitiva, dentro de las que se incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum.

En criterio de Bados y García (2010), la reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de este enfoque, pero en su opinión, la aplicación no es nada fácil porque, en primer lugar, se requiere un buen conocimiento del trastorno a tratar y, segundo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente.

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que éstos sean sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis, donde terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989, c.p. Bados y García, 2010).

Entre las bases teóricas de la RC, tenemos (Bados y García, 2010):

- El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.
- Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.

- Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores (Ellis, 1975, c.p. Lega y Velten, 2008). Las tres letras se refieren a lo siguiente: *A* es una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real; *B* son las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de *A*, y *C* hace referencia a las consecuencias emocionales. Tal como se acaba de explicar, en el modelo A-B-C las cogniciones siempre preceden a la emoción. Sin embargo, la emoción puede existir por unos momentos sin cogniciones previas. De todos modos, se cree que las cogniciones son necesarias para el mantenimiento de la emoción.

En resumen, una suposición básica en el empleo de la RC es que las cogniciones juegan un papel importante en la explicación del comportamiento humano en general y de las alteraciones emocionales en particular. No son los acontecimientos *per se* los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos (Bados y García, 2010).

La RC, en combinación con otras técnicas, se ha mostrado más eficaz que otros tratamientos en los trastornos de alimentación, problemas de salud, entre otros (Bados y García, 2010). Tal es el caso, por ejemplo, de los sujetos que padecen presión arterial elevada, quienes, en un gran porcentaje, reportan percibir síntomas indicadores de los cambios en los niveles en su presión arterial y que utilizan como guías para la toma de medicación (Brondolo, Raymond, Rosen, John y Kostis, 1999, c.p. Granados, Roales-Nieto e Ybarra, 2006). Tal percepción de síntomas es uno de los predictores del nivel de seguimiento de las prescripciones terapéuticas (Granados y cols., 2007).

En diversas intervenciones cognitivo conductuales se ha empleado la técnica de reestructuración cognitiva. En este sentido, Granados, Roales-Nieto e Ybarra (2006) realizaron un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias acerca de síntomas como señales de hipertensión arterial. Debido a que ésta es una enfermedad asintomática, muchos pacientes están convencidos de experimentar síntomas que les indican cambios en su presión arterial. En dicho estudio se evidenció, por un lado, que los resultados fueron

consistentes con los estudios anteriores con respecto a los falsos síntomas y también en cuanto a los tipos de síntomas asociados a la presión alta, pero el mayor aporte fue la exploración de dos grupos de variables que parecen estar muy relacionadas con el desarrollo de estas creencias: la presentación de forma contingente de síntomas y presión arterial elevada y la información que pueden recibir los pacientes de otras personas sobre la presentación de síntomas en relación con la elevación de la presión arterial. Los resultados indican que estos fenómenos son muy frecuentes en los pacientes hipertensos. Dentro de esta misma línea, Granados y cols. (2007) evaluaron el impacto de las creencias en síntomas relacionados con la elevación de la tensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Los resultados mostraron una fuerte asociación entre informes de creencias de síntomas y los reportes de falta de adherencia. Esto se considera de gran importancia porque dentro de las variables asociadas a la ruptura de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos no se incluyen estas creencias asociadas a síntomas.

Por su parte, Dalle et al. (2010), en una revisión sobre los logros y retos sobre la modificación del estilo de vida en el manejo del síndrome metabólico, sugieren la inclusión de los nuevos procedimientos cognitivos en los programas de modificación de estilo de vida tradicional, debido al papel preponderante que ellos consideran juegan los procesos cognitivos en el éxito o el fracaso en la pérdida de peso y el mantenimiento del peso (esto con el fin de ayudar a los pacientes a construir una actitud mental de control de peso a largo plazo).

Entre otros estudios, encontramos a Tsiros, Sinn, Brennan, Coates, Walkley, Petkov, Howe y Buckley (2011), quienes emplearon técnicas de reestructuración cognitiva como parte de un programa para mejorar la dieta y composición corporal en adolescentes, mostrando ser una estrategia eficaz en la mejora de la composición corporal de estos.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.- Justificación

Las enfermedades crónicas, de larga duración y, por lo general, de progresión lenta, generan gran cantidad de muertes; según la Organización Mundial de la Salud, solamente en el año 2005 se produjeron alrededor de 35 millones de fallecimientos a causa de alguna enfermedad crónica. Son diversas las afecciones que se enmarcan dentro de la cronicidad (cáncer, enfermedades respiratorias, etc.); sin embargo, destaca entre ellas la presión arterial elevada (de aquí en adelante, PAE). Este flagelo es conocido como el “asesino silencioso” (Galton, 1973, c.p. Granados, Gil e Ybarra, 2006) por sus efectos perjudiciales sobre los vasos sanguíneos del sistema circulatorio, especialmente a los que afectan a los denominados órganos diana de la PAE: cerebro, riñón y corazón (Coca, Aranda y Redón, 2009). Los riesgos de sufrir un evento coronario (angina, infarto de miocardio), un derrame cerebral o insuficiencia renal, están vinculados estrechamente con la elevación de la presión arterial, debido a que ésta daña la estructura y función de dichos órganos (Avendaño, 2008).

La hipertensión, según la American Heart Association (AHA) (2010), consiste en la elevación de la presión arterial por encima de 140 mm Hg (sistólica) y de 90 mm Hg (diastólica) y, de acuerdo al posible origen, puede ser primaria o esencial (de causa orgánica desconocida), o secundaria (producto de una o varias enfermedades subyacentes). La importancia de su prevención y tratamiento radica, como ya se mencionó, en que ésta incrementa potencialmente el riesgo de daño cerebral, cardíaco y renal (Messerli et al., 2007).

Se estima que, a nivel mundial, 7.5 millones de personas mueren debido al incremento de la presión arterial (alrededor del 12.8% del total de muertes) y que ésta, para el año 2008, tenía una prevalencia de alrededor del 40% en adultos mayores de 25 años a nivel mundial, según la OMS. En Estados Unidos de Norteamérica, entre los años 2003 -2006, un 36,3% de los adultos con edades iguales o mayores a 20 años, padecían de presión arterial elevada, según la National Health and Nutrition Examination Survey, lo cual correspondería a un estimado de 7.450.000 adultos, siendo la mortalidad general, para el año 2006, a causa de

esta enfermedad, de 56.561 personas (AHA, 2010). Por su parte, en Venezuela la mortalidad por presión arterial elevada para el año 2007 fue de 2.914, la cual equivale a un 2,3% del total de muertes (MPPS, 2007). En relación con esto, cabe destacar que la cifra global por fallecimientos debidos a enfermedades cardíacas, estuvo cercana a las 27.000 personas, representando un 20,18% del total anual.

La PAE es afectada por diversos factores, los cuales se pueden agrupar en dos categorías de acuerdo a su modificabilidad: a) factores no modificables: comprendidos por la edad, el sexo, la raza, y b) factores modificables, entre los que se encuentran la dieta, la obesidad, la actividad física, el estrés, la ingesta de alcohol y la adherencia al tratamiento (AHA, 2011). En lo que respecta a este último factor, y según Varela (2010), la adherencia es un fenómeno complejo que involucra un conjunto de comportamientos diarios, los cuales deben ser coherentes y coincidir con los acuerdos y las recomendaciones discutidas y aceptadas con el profesional de la salud.

En el ámbito de la hipertensión, la adherencia al tratamiento es conceptualizada como la medida en que el paciente asume, tras una decisión completamente razonada, las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, con la finalidad de mejorar su condición de salud (Márquez, Casado y Márquez, 2001). En este sentido, es importante destacar que la adherencia al tratamiento en personas con PAE, tras un estudio de Salazar y Urdanibia (2005), resultó compuesta de cuatro factores, a saber: a) adherencia al tratamiento farmacológico, b) adherencia a las dietas y ejercicios, c) consumo de café y cigarrillos, y d) consumo de alcohol. Las autoras de dicho estudio afirman que las medidas no farmacológicas de la adherencia implican conductas o hábitos distintos a las farmacológicas, y que, por tanto, deben ser consideradas aparte.

En la misma línea de lo planteado previamente, Park y Liu (2007) manifiestan que la adherencia comprende un conjunto de factores (entre ellos, la adhesión a la dieta) y que éstos son afectados por diversas variables psicosociales (motivación, creencias, etc.), coincidiendo con los hallazgos de Salazar y Urdanibia (2005). En este punto, vale resaltar que el factor representado por el régimen dietético y su adecuado seguimiento, constituye un pilar fundamental como mecanismo de prevención y mejoría en los pacientes con PAE (Valero y García, 2009).

Siguiendo cierta similitud de resultados con lo expuesto previamente en cuanto a la investigación sobre la adherencia al tratamiento, es importante destacar que, en un estudio realizado por Williamson et al. (2010), los resultados mostraron que los participantes podían adherirse a los componentes conductuales (asistencia a sesiones individuales y grupales de entrenamiento y autorregistros) pero no a la dieta; contrariamente, podían presentar una buena adherencia dietética pero no seguir los componentes conductuales. Siendo así, y sabiendo que la adhesión a la dieta constituye un factor fundamental e “independiente” dentro de la adherencia al tratamiento (tal como concluyen las dos investigaciones citadas previamente), se hace factible un abordaje focalizado sobre la misma, modificándola en función del bienestar de los pacientes con PAE.

Con base en lo anterior, es posible intervenir sobre el componente de la adhesión a la dieta en pacientes con PAE, sabiendo que éste constituye uno de los factores de riesgo relevantes, y habiéndose establecido, como lo señalan Ndumele, Shaykevich, William y Hicks (2010), la existencia de una asociación entre una baja adherencia a un régimen alimenticio adecuado con un menor control de la presión arterial. En este sentido, Savica, Bellinghieri y Kopple (2010) exponen que la incidencia y severidad de la PAE se encuentra afectada por la ingesta de muchos nutrientes. Estos autores señalan que, entre otras cosas, una ingesta elevada de cloruro de sodio puede predisponer a los sujetos a padecer de PAE. Además, afirman que dietas especializadas basadas en frutas, vegetales, productos bajos en grasa e hiposódicas, pueden prevenir o mejorar la PAE. Por su parte, Adrogué y Madias (2007) resaltan los efectos adversos de un exceso de sodio en el organismo, considerándolo como un factor fundamental en el origen de la PAE. Asimismo, Pimenta, Gaddam, Oparil, Aban, Husain, Dell'Italia y Calhoun (2009), demostraron que una ingesta excesiva de sal contribuye claramente con la resistencia al tratamiento antihipertensivo. En esta misma línea, Salas, Fernández, Ros, Martínez, Fito, Estruch, Corella, Fiol, Gómez, Arós, Flores, Lapetra, Lamuela, Ruíz, Bulló, Basora y Covas (2008) manifiestan que las dietas ricas en vegetales, frutas, pescado y alimentos bajos en grasa y sal, constituyen un factor protector para la salud.

En relación con lo anterior, cabe destacar que la dieta *Enfoques dietéticos para detener la hipertensión* o DASH (Dietary Approaches to Stop Hipertensión), la cual está basada en un aumento del consumo de frutas, verduras y derivados lácteos de bajo

contenido en grasa y en una reducción en la cantidad de sodio (sal) y grasas saturadas (grasas de origen animal), ha demostrado ser efectiva en la reducción de la presión arterial (sistólica y diastólica) en individuos hipertensos (Fung et al., 2008). Diversas investigaciones confirman la eficacia de esta dieta en la prevención de la PAE y otras enfermedades cardíacas. Así, Blumenthal et al. (2010), comprobaron que la dieta DASH, en conjunto con un programa para el manejo del sobrepeso, mejoraba el funcionamiento vascular y reducía la presión arterial. Por su parte, Levitan, Wolk y Mittleman (2009), en un estudio longitudinal, demostraron que esta dieta reduce la PAE y disminuye el riesgo de insuficiencia cardíaca. Asimismo, Couch, Saelens, Levin, Dart, Falciglia y Daniels (2007), en una investigación realizada en adolescentes, concluyeron que la dieta DASH es eficaz para la reducción de la presión arterial sistólica. Además, en un estudio longitudinal (Parikh, Lipsitz y Natarajan, 2009) se demostró la asociación entre esta dieta y un menor riesgo de mortalidad en pacientes con PAE. Estas evidencias experimentales que demuestran los beneficios de la dieta DASH sobre la presión arterial, invitan a la Psicología a realizar su contribución en este ámbito, con el objetivo de que pueda brindar herramientas eficaces para que los pacientes con PAE logren una adecuada adhesión al régimen dietético, lo cual repercutirá, indudablemente, en este factor coadyuvante del bienestar integral.

De lo anteriormente expuesto, se hace evidente la necesidad de que los pacientes con PAE se adhieran a una dieta (en este caso, DASH) que les permita mejorar su condición de salud, como parte del tratamiento global al que están sometidos. En este sentido, las técnicas de modificación de conducta, desde el enfoque cognitivo-conductual, han sido utilizadas para mejorar la adherencia al tratamiento y otros factores inherentes a la condición de los sujetos con PAE. Así, y dentro de las técnicas que se han empleado en este ámbito, se encuentran el autocontrol y la reestructuración cognitiva, las cuales se comentan a continuación.

El autocontrol, basado en la capacidad que tiene una persona para controlar sus propias acciones, comprendiendo, en primer lugar, los factores que influyen sobre sus actos y, en segundo lugar, cómo puede modificarlos para provocar los cambios que desea (Thoresen y Mahoney, 1981), ha sido utilizado con éxito en programas para disminuir la presión arterial, reducir el estrés e incrementar la adherencia (Holguín y cols., 2007). Además, Junger y Kampen (2010) demostraron, en un estudio realizado en adolescentes, la

existencia de una correlación positiva entre patrones alimentarios saludables (más la actividad física) y la conducta de autocontrol.

Por su parte, la reestructuración cognitiva, fundamentada en el hecho de que las emociones y conductas humanas son el resultado de lo que las personas piensan o creen al respecto de una situación, y que dichas creencias pueden ser transformadas (Ellis, 1975, c.p. Lega y Velten, 2008), ha sido propuesta, por Dalle et al. (2010), como una herramienta eficaz para lograr cambios positivos relacionados con la dieta y el ejercicio en pacientes con síndrome metabólico, debido al papel preponderante que, según estos autores, desempeñan los procesos cognitivos en estos sujetos. Por su parte, Tsiros, Sinn, Brennan, Coates, Walkley, Petkov, Howe y Buckley (2008), emplearon técnicas de reestructuración cognitiva como parte de un programa para mejorar la dieta y composición corporal en adolescentes, mostrando ser una estrategia eficaz. Además, cabe destacar que las creencias han sido relacionadas con la aparición de la PAE y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos (Granados, Gil e Ybarra, 2006; Granados y cols., 2007), lo cual justifica su abordaje.

Finalmente, cabe destacar que las técnicas antes mencionadas no han sido “aisladas” para formar un programa que se focalice en uno de los factores de riesgo modificables de la PAE (en este caso, la dieta), mejorando la adhesión de los pacientes en dicho factor. Siendo así, y una vez planteados los elementos conceptuales y empíricos que sustentan la importancia de una dieta adecuada y la relevancia que reviste el hecho de que los pacientes con PAE se adhieran a ésta como parte del tratamiento integral al que están sometidos, y habiendo sido expuestas las técnicas cognitivo-conductuales que han resultado eficaces en esta área, surge el interés de realizar una investigación de corte exploratorio orientada al diseño, validación, aplicación e identificación del impacto de un programa cognitivo-conductual (compuesto por reestructuración cognitiva y autocontrol) y el suministro de información sobre la adhesión a la dieta DASH en personas diagnosticadas con PAE, quienes asisten a la Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario de Caracas (HUC).

2.2.- Objetivos

2.2.1.- Objetivo General

Estudiar los efectos de la información y de un programa cognitivo-conductual sobre la adherencia a la dieta en pacientes con Presión Arterial Elevada.

2.2.2.- Objetivos Específicos

- Diseñar y validar, a través de expertos, un programa cognitivo-conductual de adherencia a la dieta destinado a pacientes con PAE.
- Examinar los efectos del suministro de información de la dieta DASH sobre la adhesión a la dieta en pacientes con Presión Arterial Elevada que asisten a la Unidad de Hipertensión Arterial (UHA) del Hospital Universitario de Caracas.
- Identificar el impacto del programa cognitivo conductual: “Mejorando la adhesión a la dieta en pacientes con Presión Arterial Elevada” sobre la adhesión a la dieta en pacientes con Presión Arterial Elevada.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

La presente investigación consta de tres etapas específicas, estructuradas en función del logro de los objetivos planteados. Dichas etapas se detallan, a continuación, de forma explícita:

3.1.- Etapa I – Preliminar.

Esta etapa obedece a la consecución del primer objetivo específico planteando por los autores. En ésta se realizan las revisiones referenciales exhaustivas para dar soporte teórico al programa, así como los contactos institucionales y de los profesionales expertos en las áreas requeridas para la elaboración del mismo.

3.1.1.- Ambiente

La validación del programa fue realizada por los expertos de forma individual. Se les hizo entrega, en los respectivos lugares donde laboran, de carpetas contentivas de: programa, manual del usuario y el formato de validación.

3.1.2.- Sujetos

Los participantes en esta etapa corresponden a los validadores del programa, los cuales están conformados por profesionales en las áreas de Medicina, Psicología, y Nutrición y Dietética. En la tabla 2, se muestran a cada uno de ellos con las respectivas especialidades y cargos que desempeñan actualmente.

Tabla 2.
Validadores del Programa.

AREAS	EXPERTO	ESPECIALIDADES	CARGO
Área de Psicología	P. P.	Psicólogo con Maestría en Psicología	Jefe del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la UCV.
	M.P.	Psicólogo con Doctorado en Psicología	Psicólogo de la Unidad de Cirugía Cardiopulmonar del HUC.
	H.G.	Psicólogo con Maestría en Psicología de la salud	Coordinadora del Ciclo Profesional de Estudios Generales de la USB.
Área de Nutrición y Dietética	C.A.	Nutricionista, con especialización en Planificación Alimentaria y Nutricional, y Maestría en Gerencia Hotelera.	Coordinadora de OECS de la Facultad de Medicina – UCV.
	Y.C.	Nutricionista con especialización y maestría en Gerencia en Sistemas de la Calidad.	Profesor en la Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina de la UCV.
Área de Medicina	E.Ch.	Médico Internista, con especialización en Presión Arterial elevada	Coordinador general de la UHA - HUC
	M.L.	Medico, Psiquiatra con especialización en dinámica de grupos	Departamento de Psiquiatría del HUC

3.1.3.- Instrumentos

Los instrumentos utilizados en esta etapa están compuestos por: Programa Cognitivo Conductual *Mejorando la adherencia a la dieta en pacientes con presión arterial elevada (MADP-PAE)*, un manual de usuario y el instrumento para la validación por parte de los expertos. A continuación, se especifican cada uno de ellos.

- **Programa MADP-PAE**

Originalmente, era un programa cognitivo conductual, que tenía como objetivo evaluar los efectos de las técnicas de reestructuración cognitiva, resolución de problemas y autocontrol sobre la adhesión a la dieta en paciente con presión arterial elevada. Éste constaba de 9 sesiones, con una duración de 90 a 100 minutos cada una, distribuidas de la siguiente forma:

- a) Sesión N° 1: Bienvenida y manejo de conceptos (conducta, presión arterial elevada y sus factores modificables y no modificables). Estaba conformada por una dinámica de presentación e integración; además de dos exposiciones sobre los elementos, paradigma y procedimientos del análisis conductual y la presión arterial elevada (PAE). Finalmente, se procedía a la entrega y recolección de los formatos para los autorregistros.
- b) Sesión N° 2: Reestructuración cognitiva y régimen alimenticio. Se encontraba estructurada de la siguiente forma: exposiciones, una sobre el Modelo A-B-C de reestructuración cognitiva, la dieta Dash como régimen alimenticio; y el *trompo de la alimentación*; además de dinámicas orientadas a evaluar la información proporcionada.
- c) Sesión N° 3: Aplicando el cambio de creencias. Estaba constituida por dinámicas (*Cocinando con las verduras y vegetales*, *Identifícame* y *Usando la dieta Dash*) que tenían la finalidad de reestructurar la creencias irracionales de los sujetos en cuanto a la alimentación.
- d) Sesión N° 4: Técnica de solución de problemas. Se encontraba compuesta por una exposición sobre los elementos teóricos de la técnica; dinámicas (*Cambiando la orientación hacia los problemas* y *Practiquemos con algunos problemas relacionados con la dieta*) y la recolección y entrega de formatos para los autorregistros.
- e) Sesión N° 5: Solución de problemas. Estaba conformada por dinámicas (*Combinando alimentos en mi plato*, *Elaborando recetas de ensalada con buen gusto y que cumplan con la dieta Dash*, *Comprando y ahorrando* y *Comiendo fuera de casa*) que tenían como objetivo la aplicación de la técnica de solución de problemas en situaciones cotidianas que dificultaban la adherencia a la dieta.
- f) Sesión N° 6: Aplicación de la técnica solución de problemas. Estuvo integrada por dinámicas (*Comprando en el supermercado, tengo una reunión con mis amigos con PAE ¿qué pasapalos les puedo ofrecer?*; y *Planteando problemas que dificultan la adhesión a la dieta Dash*) con el mismo objetivo de la sesión número cinco.

- g) Sesión N° 7: Autocontrol y planificación ambiental. Estaba compuesta por exposiciones teóricas sobre el autocontrol y la planificación ambiental, además de dinámicas (*Lluvia de ideas* y *Planificando tu ambiente*). Finalmente, se procedía a la entrega y recolección de los formatos para los autorregistros.
- h) Sesión N° 8: Técnicas de programación de la conducta. Estaba estructurada por una exposición acerca de la programación conductual y dinámicas (*¡Recompénsate por pensar en tu salud!* y *Banquete ficticio*).
- i) Sesión N° 9: Aplicación de instrumentos y cierre. Esta última sesión estaba conformada de la siguiente manera: recolección de los autorregistros; aplicación del Inventario de Autocontrol (Rosenbaum, 1980) y de la Escala de Resolución de Problemas para Adultos (Palomar, Harari y Juárez, 2010) y, finalmente la valoración del programa por parte de los participantes.

- **Manual**

Consta de 22 páginas más los anexos, donde se describían las actividades que realizarían los facilitadores con los participantes en cada sesión, incluyendo el origen de la actividad, el tiempo de duración, la forma de evaluación y los riesgos.

- **Cuestionario de expertos**

Está estructurado por 15 preguntas que tenían como la finalidad evaluar el programa en cuanto a la adecuación y suficiencia de los componentes del mismo (ver Anexo 1).

3.1.4.- Procedimiento

- a) Se realizó una recopilación de trabajos realizados en los últimos 10 años sobre reestructuración cognitiva, solución de problemas y autocontrol, elaborando un cuadro sinóptico y diagrama de ruta con los elementos principales de dicha recopilación.

- b) Se recopiló información sobre la dieta DASH y los beneficios que aporta a los pacientes con PAE.
- c) Se procedió a la construcción del programa con nueve sesiones de aproximadamente 90 minutos para ser aplicadas una sesión por día, tres veces a la semana.
- d) Se recopilaron y elaboraron instrumentos, así como los demás materiales necesarios, para la consecución del programa.
- e) Fueron creadas dinámicas *ad hoc* para hacer más interesante el aprendizaje en cada sesión.
- f) Se elaboraron presentaciones en PowerPoint sobre las técnicas de reestructuración cognitiva, solución de problemas y autocontrol para los participantes.
- g) Se elaboró el manual del facilitador y el cuestionario de evaluación de los expertos.
- h) Se invitaron a participar a 7 expertos, a los cuales se les hizo entrega, en sus respectivos lugares de trabajo del programa junto con el manual y el cuestionario de evaluación.

3.1.5.- Resultados

Los resultados de esta etapa están sustentados sobre las opiniones de los expertos en relación a los factores evaluados en el formato de validación, los cuales responden a pertinencia, adecuación y suficiencia de los objetivos y contenidos del programa. A continuación, se muestran dichos resultados.

Tabla 3.

Resultados de la validación de los expertos

ÍTEM	TOTALES		
	SI	NO	NO RESPONDIO
1.- ¿Considera usted que los objetivos del programa son adecuados?	85,71%	14, 29%	
2.- ¿Considera Ud. suficientes los objetivos que componen las sesiones del programa?	85,71%	14, 29%	
3.- ¿Considera Ud. que los contenidos de las sesiones son adecuados?	85,71%		14, 29%
4.- ¿Considera Ud. que el número de contenidos es suficiente?	85,71%		14, 29%
5.- ¿Considera Ud. que las actividades propuestas son adecuadas?	85,71%		14, 29%
6.- ¿Considera Ud. que las actividades tienen relación con los objetivos planteados?	85,71%		14, 29%
7.- ¿Considera Ud. que el número de actividades propuestas es suficiente?	85,71%		14, 29%
8.- ¿Considera Ud. que el tiempo programado para cada actividad es suficiente?	85,71%		14, 29%
9.- ¿Considera Ud. que la evaluación de los objetivos es adecuada?	71,42%	28,58%	
10.- ¿Considera Ud. que los criterios de evaluación son adecuados?	71,42%	28,58%	
11.- ¿Considera Ud. que el número de sesiones es suficiente?	85,71%		14, 29%
12.- ¿Considera Ud. que el tiempo programado para cada sesión es suficiente?	85,71%		14, 29%
13.- ¿Considera Ud. que los recursos utilizados son adecuados?	85,71%		14, 29%
14.- En su opinión, ¿el programa proporciona, de forma adecuada, las técnicas cognitivo-conductuales que ayudarán, en la adherencia a la dieta, a personas con presión arterial elevada?	71,42%	14, 29%	14, 29%

Nota: El ítem 15 no fue incluido debido a su valoración no dicotómica (sí o no). Sin embargo, los comentarios dados en el mismo, no alteraron la suficiencia y adecuación del programa.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la validación por parte de los expertos, se puede evidenciar que hubo un alto porcentaje de acuerdos en cuanto a la adecuación y suficiencia del programa. Sin embargo, fueron realizadas observaciones puntuales en cuanto a la estructura (sesiones, objetivos, actividades, contenido, recursos, tiempo y evaluación) del programa, las cuales conllevaron a modificaciones en el mismo, y serán detalladas en la etapa de aplicación.

3.2.- Etapa II – Aplicación.

Esta etapa obedece a la consecución del segundo y tercer objetivos específicos planteados por los autores. En éstas se realizarán las actividades concernientes al suministro de información y la aplicación del programa MADP-PAE.

3.2.1. Ambiente

La investigación se realizó en auditorio de la Unidad de Hipertensión Arterial del HUC, el cual consta de 60 butacas, pizarra, escritorio y condiciones necesarias en cuanto a iluminación y ventilación.

3.2.2.- Sujetos

Los participantes fueron 10 sujetos (nueve de género femenino y uno masculino), cuyas edades estaban comprendidas entre 30 y 60 años, con diagnóstico de hipertensión esencial y que asisten a control en la Unidad de Hipertensión Arterial del HUC.

Cabe destacar que el nivel educativo de los participantes variaba entre el analfabetismo y la educación superior, conformando, de esta forma, un grupo heterogéneo en este sentido.

3.2.2.1.- Criterios de exclusión

Los criterios considerados para no formar parte de esta investigación, fueron los siguientes: obesidad tipo II, III y IV; trastornos de alimentación y depresión. Con la finalidad de cumplir con estos criterios se aplicó a los sujetos el Cuestionario de la Figura Corporal (ver Anexo 2), de Cooper, Taylor, Cooper & Faiburn (1987) y el Inventario de Depresión de Beck (ver Anexo 3) y para determinar la obesidad se utilizó la base de datos de la Unidad de Hipertensión.

3.2.3.- Materiales

Los materiales utilizados para la presente investigación fueron los siguientes:

- Formato de consentimiento informado (ver Anexo 4)
- Lista de verificación de creencias irracionales (ver Anexo 5) y conductas de autocontrol (ver Anexo 6).
- Hoja de evaluación de suministro de información ¿Cuánto sabes de presión arterial elevada y alimentación? (ver Anexo 7).
- Hoja de grupos de alimentos para pre test (ver Anexo 8).
- Hoja de grupos de alimentos para posttest (ver Anexo 9).
- Cuestionario de la Figura Corporal (ver Anexo 2) de Cooper y cols. (1987).
- Inventario de Depresión de Beck (ver Anexo 3).
- Trípticos informativos: Hipertensión y alimentación (ver Anexo 10), La dieta DASH (ver Anexo 11).
- Folleto informativo sobre la dieta DASH (ver Anexo 12)
- Folleto informativo Conoce tu trompo de los alimentos del Instituto Nacional de Nutrición (ver anexo 13).
- Formato de valoración del programa por parte de los participantes (ver Anexo 14)
- Presentaciones en PowerPoint (ver anexo 15) sobre presión arterial elevada, dieta Dash, reestructuración cognitiva y autocontrol.
- Papelería: lápices, carpetas, bolígrafos, marcadores para pizarra acrílica, hojas.
- Laptop y video beam.
- Obsequios: recetarios de vegetales y ensaladas, coolers, pastilleros, especias (albahaca, tomillo, clavos, romero).

3.2.4.- Factores

- **Programa Cognitivo Conductual**

- a) **Definición teórica:** según Guevara (1995, c.p. Lacasella, 2001), un programa se define como:

Un documento que permite verter el producto de la planificación para un lapso predeterminado y relativamente corto, en el cual se especifican en forma precisa los objetivos que se pretenden alcanzar en ese periodo; las actividades requeridas para ello; los procedimientos a través de los cuales éstas se llevan a cabo; los recursos -humanos, financieros, materiales y técnicos- necesarios; el tiempo estimado para cada actividad y para el logro de los objetivos específicos planteados y finalmente, los criterios y métodos de evaluación que se usaran para estimar el éxito de la programación (p. 13).

- b) **Definición operacional:** el programa cognitivo conductual MADP-PAE, está estructurado de forma teórico-práctica, conformado por 3 sesiones, de 120 minutos cada una, cuyo objetivo es mejorar la adhesión a la dieta a través de la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva y autocontrol (estrategias de planificación ambiental y autoaplicación de consecuencias). Las actividades que lo conforman serán evaluadas en cada sesión (ver Anexo 16).

- **Información**

- a) **Definición teórica:** comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada (Diccionario de la Lengua Española, 2011, p. 578)
- b) **Definición operacional:** información proporcionada a los participantes acerca de la presión arterial elevada y la dieta DASH. Dicha información será examinada a través de una hoja de evaluación, denominada *¿Cuánto sabes de presión arterial elevada y alimentación?* (ver Anexo 7).

- **Adhesión a la dieta**

- a) **Definición teórica:** constituye la medida en la cual la conducta alimentaria y las elecciones que realiza el individuo en función de ésta, coinciden con las recomendaciones y prescripciones dietéticas (Holli et al., 2003).

b) Definición operacional: está representada por la modificación de las creencias irracionales, la incorporación de conductas de autocontrol y la elección de los alimentos que el sujeto consumiría, una vez suministrada la información y aplicado el programa. Dicha adhesión será examinada por medio de listas de verificación (ver Anexos 5 y 6) y un formato para el registro de alimentos a consumir (ver Anexo 8), realizados *ad hoc*.

3.2.5.- Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo exploratorio, la cual tiene como objetivo, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2003), examinar un tema o problema poco estudiado, que no ha sido abordado o sobre el que existen interrogantes no resueltas. Además, estos autores señalan que los estudios exploratorios, raramente, constituyen un fin en sí mismos; generalmente, identifican áreas, determinan tendencias y contextos, así como relaciones potenciales entre variables, caracterizándose por la flexibilidad metodológica.

Los estudios exploratorios, según Namakforoosh (2000), pueden servir para los siguientes propósitos:

- Establecer prioridades para investigaciones futuras.
- Formular problemas para estudios más precisos o para desarrollar hipótesis.
- Aumentar el conocimiento respecto del problema.
- Recopilar información acerca de un problema para ser utilizada en estudios más especializados.
- Aclarar conceptos.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), el presente estudio corresponde a un preexperimento, debido a su grado de control mínimo, con un diseño de preprueba-posprueba con un solo grupo. En este caso, se realizó una medición inicial, luego se administró el estímulo y, finalmente, se hizo una medición final.

G O₁ X O₂

Donde:

G: grupo de sujetos (10 pacientes de la UHA).

O₁: medición inicial (aplicación de instrumentos)

X: estímulo (suministro de información y programa MADP-PAE).

O₂: medición final (aplicación de instrumentos).

Los autores previamente citados, señalan que este tipo de diseño tiene la ventaja de proporcionar un punto inicial de referencia, que permite indagar el nivel que tenía el grupo antes de la aplicación del estímulo. Sin embargo, dicho diseño no es conveniente para fines científicos, debido a que en el mismo no hay manipulación ni grupo de comparación, actuando en éste posibles fuentes de invalidación interna.

Cabe destacar que, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2003), *“en ciertas ocasiones los diseños preexperimentales sirven como estudios exploratorios”* (p. 221, cursivas de los autores), pero sus resultados deben ser observados con precaución: no pueden obtenerse conclusiones seguras, constituyen un primer acercamiento útil (aunque no como el único y definitivo) al fenómeno estudiado y deben derivarse estudios más profundos de ellos.

3.2.6.- Instrumentos

Los instrumentos utilizados en esta etapa, se describen a continuación:

- **Programa MADP-PAE**

Luego de la validación por parte de los expertos, el programa cognitivo conductual (ver Anexo 16), quedó constituido por 3 sesiones, con una duración de 120 minutos cada una, distribuidas de la siguiente forma:

- a) Sesión 1. Objetivo: suministrar información sobre la dieta DASH con la finalidad de incrementar la frecuencia de conductas de adherencia a la dieta. Está conformada por una dinámica de presentación e integración, aplicación de instrumentos (pre test) y exposiciones sobre presión arterial, dieta Dash como régimen alimenticio y el trompo de los alimentos.
- b) Sesión N° 2. Objetivo: identificar las creencias erróneas relacionadas con la dieta, con la finalidad de modificarlas a través del entrenamiento en reestructuración cognitiva.

Está estructurada por dinámicas (*lluvia de ideas y cambiando pensamientos*) y una exposición sobre la técnica de reestructuración cognitiva.

- c) Sesión N° 3. objetivo: proporcionar información sobre la técnica de autocontrol, a través del aprendizaje de estrategias de planificación ambiental y autoaplicación de consecuencias, con el propósito de instaurar conductas de adherencia a la dieta. Está conformada por una exposición sobre la técnica de autocontrol (planificación ambiental y autoaplicación de consecuencias) y dinámicas (*Lluvia de ideas, Planificando tu ambiente, Recompénsate por pensar en tu salud y Banquete ficticio*). La sesión concluye con la aplicación de los instrumentos (post test), así como el formato para la expresión de opiniones, por parte de los participantes, acerca del programa.

- **Inventario de Depresión de Beck**

Este instrumento (ver Anexo 3) está conformado por 21 ítems que evalúan la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto debe elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas (ordenadas por su gravedad), que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto escoja más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad (Sanz y Vásquez, 1998).

- **Cuestionario de la Figura Corporal (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987)**

Este cuestionario (ver Anexo 2) califica la preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física, así como el desagrado por el peso y la figura corporal. Está conformado por 34 ítems que valoran aspectos relacionados con la autoimagen, en una escala que va desde “nunca” (0) hasta “siempre” (5). La versión utilizada de este cuestionario para la presente investigación, corresponde a la validación realizada por Guzmán y Lugli (2009).

- **Lista de verificación de creencias irracionales**

Este formato (ver Anexo 4) fue elaborado *ad hoc*, y consta de 17 afirmaciones que exponen creencias irracionales acerca de la dieta, con una escala de respuesta dicotómica (Sí o No). El Sí corresponde a la presencia de una creencia errónea y se le asigna el valor uno (01), mientras que el No equivale a la ausencia de la misma, asignándosele cero (0). El puntaje total se deriva de la sumatoria de las respuestas afirmativas.

- **Lista de verificación de conductas de autocontrol**

Este formato (ver Anexo 6) fue elaborado *ad hoc*, y consta de 14 afirmaciones que exponen conductas de autocontrol acerca de la dieta, con una escala de respuesta dicotómica (Sí o No). El Sí corresponde a la presencia de una conducta autocontrolada y se le asigna el valor uno (01), mientras que el No equivale a la ausencia de la misma, asignándosele cero (0). El puntaje total se deriva de la sumatoria de las respuestas afirmativas.

- **Hoja de evaluación de suministro de información *¿Cuánto sabes de presión arterial elevada y alimentación?***

Este formato (ver Anexo 7) consta de 10 preguntas, de selección simple (con cuatro opciones de respuesta) relacionadas con la presión arterial elevada y la alimentación. Las respuestas correctas tienen un valor de uno (01), mientras que las incorrectas de cero (0). El puntaje total se deriva de la sumatoria de las respuestas correctas. Dicho formato fue aportado por el Licenciado en Nutrición y Dietética Yury Caldera y adaptado por los autores de la presente investigación.

- **Hoja de grupos de alimentos (para pretest)**

Este formato (ver Anexo 8) fue elaborado *ad hoc* y está estructurado con la información correspondiente a los grupos de alimentos que clasifica el Instituto Nacional de Nutrición (grupo 1: granos, cereales, tubérculos y plátanos; grupo 2: hortalizas y frutas; grupo 3: leches, carnes y huevos; grupo 4: azúcar, miel y papelón; grupo 5: grasas y aceites vegetales). En este instrumento el sujeto debe señalar los

alimentos que consume de cada grupo, y se le otorgará el valor de uno (01) a cada alimento señalado. De esto se derivará, por sumatoria, un puntaje total por grupo.

- **Hoja de grupos de alimentos (para postest)**

Este formato (ver Anexo 9) fue elaborado ad hoc y está estructurado con la información correspondiente a los grupos de alimentos que clasifica el Instituto Nacional de Nutrición (grupo 1: granos, cereales, tubérculos y plátanos; grupo 2: hortalizas y frutas; grupo 3: leches, carnes y huevos; grupo 4: azúcar, miel y papelón; grupo 5: grasas y aceites vegetales). En este instrumento el sujeto debe señalar los alimentos que consumiría de cada grupo, y se le otorgará el valor de uno (01) a cada alimento señalado. De esto se derivará, por sumatoria, un puntaje total por grupo.

- **Hoja de valoración del programa por parte de los participantes**

Este formato (ver Anexo 14) fue elaborado ad hoc con la finalidad de obtener las opiniones de los participantes en cuanto a los objetivos, las actividades, la duración y herramientas adquiridas una vez concluido el programa. Consta de 6 ítems de valoración dicotómica (sí / no) y tres de carácter cualitativo.

3.2.7.- Procedimiento

- a) Se entregó al Dr. Francisco Fragachán, Jefe de la UHA, la carta de solicitud de permiso para realizar la investigación (ver Anexo 17).
- b) Se consignó carta (ver Anexo 18) al Lic. Víctor Espinoza, solicitando el aval del Comité de Bioética del HUC para la aplicación de la investigación.
- c) Se hizo entrega de carta (ver anexo 19) al Dr. Francisco Fragachán, solicitando la adjudicación del auditorio de la UHA para la aplicación del programa.
- d) Se escogieron 48 participantes de la base de datos de la UHA, con diagnóstico de hipertensión esencial.

- e) Se realizó un primer contacto vía telefónica con los sujetos, indicándoles el objetivo del programa, número de sesiones, horario y lugar para su asistencia. Sólo 18 personas aceptaron participar, de las cuales sólo asistieron 10 sujetos.
- f) El día previo al inicio del programa, se les dio la bienvenida a los participantes, explicándoles la finalidad del programa y se procedió a la aplicación de los instrumentos para dar cumplimiento con los criterios de exclusión. Al término de la actividad, se invitó a los sujetos a un refrigerio y se les entregó un obsequio (pastillero).
- g) Posteriormente, se inició la sesión uno del programa (ver Anexo 16), realizando la dinámica de integración grupal; para luego proceder con la aplicación de los instrumentos del pretest. Seguidamente, se suministró la información relacionada con la presión arterial y la dieta DASH. Culminada esta sesión se proporcionó un refrigerio.
- h) En la sesión dos del programa, se expuso la técnica de reestructuración cognitiva, para luego aplicarla en las creencias erróneas identificadas en la lista de verificación, así como en las expresadas por los sujetos en esta sesión. Al culminar, se invitó a los participantes a un refrigerio y se les entregó un obsequio (cooler).
- i) En la sesión tres del programa, se expuso la técnica de autocontrol, realizando las actividades preestablecidas para dar cumplimiento con los objetivos de la misma. Posteriormente, se procedió tanto la aplicación del postest como al instrumento para valoración del programa. Finalmente, se entregaron obsequios (recetarios, especias) a los participantes y se le despidió cordialmente.

3.2.8.- Resultados

Los resultados de esta etapa de aplicación, se muestran a continuación en las tablas 4, 5 y 6.

Tabla 4.

Resultados del pretest, para cada sujeto, en las evaluaciones de suministro de información, creencias, autocontrol y alimentos que consume.

Sujetos	Puntajes							
	Suministro de información	Lista de verificación de creencias	Lista de conductas de autocontrol	Alimentos que consume				
				G1	G2	G3	G4	G5
D. S.	9	12	11	4	9	4	6	3
M. O.	9	3	13	5	7	4	4	2
M. S.	8	10	10	6	5	5	1	2
I. A.	9	7	13	5	5	3	1	1
M. M.	7	7	10	8	2	2	2	1
C. D.	2	2	10	4	5	5	1	4
N. M.	3	5	10	6	4	3	2	2
Z. G.	9	5	9	5	13	3	6	2
F. R.	9	3	10	10	4	6	6	2
E. O.	5	4	11	3	5	6	1	2

En la tabla 4 se observan los puntajes obtenidos, en el pretest, por cada participante en las diferentes evaluaciones que componen el programa “Modificando la adherencia a la dieta en pacientes con presión arterial elevada”. En la primera columna se encuentran las iniciales de los sujetos, en las siguientes están los puntajes de cada pretest. Cabe señalar que la última columna corresponde a los puntajes por grupo de alimentos que consumen los sujetos.

Por su parte, en la tabla 5 se observan los puntajes obtenidos, en el postest, por cada participante en las diferentes evaluaciones que componen el programa “Modificando la adherencia a la dieta en pacientes con presión arterial elevada”. En la primera columna se encuentran las iniciales de los sujetos, en las siguientes están los puntajes de cada postest.

Cabe señalar que la última columna corresponde a los puntajes por grupo de alimentos que consumiría los sujetos.

Tabla 5.

Resultados del postest, para cada sujeto, en las evaluaciones de suministro de información, creencias, autocontrol y alimentos que consumiría.

Sujetos	Puntajes							
	Suministro de información	Lista de verificación de creencias	Lista de conductas de autocontrol	Alimentos que consumiría				
				G1	G2	G3	G4	G5
D. S.	10	6	12	4	10	4	5	1
M. O.	9	7	14	5	16	6	2	1
M. S.	10	3	14	8	10	7	1	2
I. A.	6	7	14	3	5	4	1	2
M. M.	6	7	12	5	12	6	1	2
C. D.	8	5	12	3	9	3	2	1
N. M.	10	4	10	4	13	6	1	2
Z. G.	10	3	12	10	9	4	1	2
F. R.	10	1	14	3	11	3	1	1
E. O.	9	3	12	5	7	4	1	2

Finalmente, en la tabla 6, se observan los resultados de la valoración del programa por parte de los participantes, integrada por cada uno de los ítems del instrumento utilizado con sus respectivas respuestas.

Tabla 6

Resultados de valoración del programa por parte de los participantes

ÍTEM	SI	NO
1.- ¿Considera usted que los objetivos del programa fueron logrado?	10	
2.- ¿Considera que sus creencias relacionadas con la dieta fueron modificadas?	10	
3.- ¿Cree que adquirió herramientas para solucionar problemas relacionados con el seguimiento de la dieta?	10	
4.- ¿Considera que aprendió como autocontrolar su conducta con la finalidad de seguir la dieta?	10	
5.- ¿El número de sesiones y la duración de éstas fueron adecuados?	9	1
6.- ¿Considera que el material y las actividades realizadas fueron adecuados para lograr los objetivos del programa?	10	

Nota. Los ítems 7, 8 y 9 no fueron incluidos debido a su valoración no dicotómica (sí o no). Las opiniones emitidas en los mismos serán analizadas en el próximo capítulo.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo, se presentan las tablas y gráficos que reflejan los resultados obtenidos en la presente investigación, tanto del pretest como del postest, analizados de forma grupal, a través de diagramas de caja para los factores constitutivos del programa (creencias irracionales y conductas de autocontrol) y el suministro de información, mientras que para el análisis de las hojas de grupos de alimentos y la valoración del programa por parte de los participantes, se utilizarán gráficos de barras.

Para el caso de las creencias irracionales, conductas de autocontrol y el suministro de información, los datos recopilados fueron procesados por el programa SPSS, versión 19.0. A pesar de que el diseño de investigación fue grupal, el número de participantes no permitió el análisis a través de estadísticos de tendencia central (exceptuando la mediana) sino la utilización de medidas de posicionamiento (percentiles) representadas a través de diagramas de caja.

Por su parte, para el análisis de los puntajes de la hoja de alimentos se utilizó el promedio por grupo de alimentos como punto de comparación entre pre y postest, representándose éste a través de gráficos de barras. Además, en la valoración del programa se graficó el total de acuerdos y desacuerdos de los sujetos respecto a los ítems planteados.

4.1.- Suministro de información

A continuación, se presentan los datos graficados a través de un diagrama de caja (ver figura 1), correspondientes a los puntajes obtenidos por los sujetos en pretest y postest del suministro de información, resultantes de la aplicación del instrumento ¿Cuánto sabes de alimentación y presión arterial?.

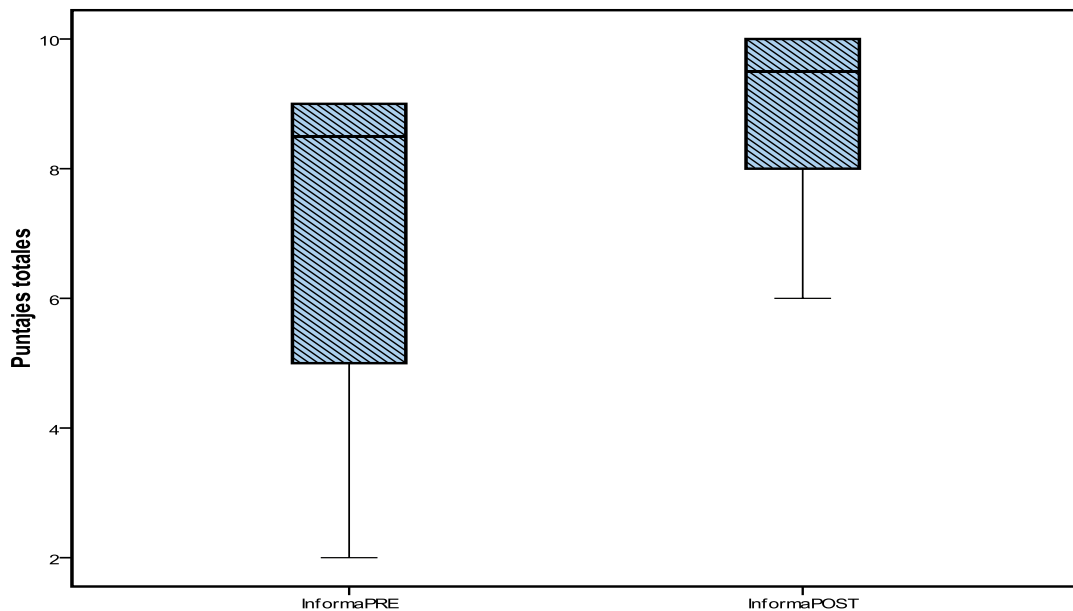


Figura 1. Diagrama de caja de pretest y posttest de suministro de información

En la figura 1, se evidencia que el P_{50} y el P_{75} , en el posttest, presentaron una variación de un punto. Dicha variación, aunque es pequeña, muestra un incremento en el valor de estos percentiles. Por su parte, en el P_{25} , se observa un incremento de 3 puntos en el post test, indicando que el 25% de las puntuaciones totales se incrementaron, denotando así que el suministro de información acerca de la presión arterial y alimentación tuvo un efecto en este rango percentilar.

Además de lo anterior, vale resaltar que el rango de las puntuaciones de respuestas correctas en el pretest, oscilaron entre 2 y 9 puntos, mientras que en el posttest, el rango se ubicó entre 6 y 10 puntos. Esta diferencia señala que los participantes, en general, aumentaron sus puntuaciones de manera individual.

El aludido aumento en las puntuaciones es notable en la mayoría de las respuestas a los ítems, lo cual indica que el suministro de información pudo haber incrementado estos resultados. Siendo así, pudiera atribuirse a este factor cierto efecto sobre la adhesión a la dieta, al modificar los conocimientos de los participantes sobre aspectos relativos a la misma. Sin embargo, como señalan Hernández, Fernández y Baptista (2003), existen fuentes de invalidación interna (historia del sujeto, administración de la prueba), las cuales pudieron incidir en dicho cambio.

Aun cuando los resultados del suministro de información fueron positivos, se observaron ciertas dificultades para responder correctamente a los ítems planteados en la hoja de evaluación *¿Cuánto sabes de alimentación e hipertensión?*. Vale destacar que dichas dificultades pudieron estar motivadas por factores como la complejidad del ítem en cuanto a su contenido, debido a que algunos implicaban términos poco usuales dentro del léxico de los participantes, incidiendo esto, probablemente, en la comprensión del mismo (tal es el caso de los ítems 3 y 6). Pueden observarse, a continuación, los resultados para los ítems citados.

Tabla 7.

Tabla de contingencia de pretest y postest para el ítem 3

		¿Qué tipo de agua embotellada se recomienda elegir?					
		(Post)					
		Incorrecta		Correcta		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
¿Qué tipo de agua embotellada se recomienda elegir? (Pre)	Incorrecta	3	30,0	1	10,0	4	40,0
	Correcta	0	,0	6	60,0	6	60,0
	Total	3	30,0	7	70,0	10	100,0

En la tabla 7, se observa que respondieron correctamente al ítem 3, en el pretest, sólo 6 participantes, mientras que en el postest, hubo un incremento de apenas un sujeto en las respuestas acertadas.

Tabla 8.

Tabla de contingencia de pretest y postest para el ítem 6

		¿Qué tipo de edulcorante se recomienda evitar en caso de PAE?					
		Incorrecta		Correcta		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
¿Qué tipo de edulcorante se recomienda evitar en caso de PAE? (Pre)	Incorrecta	1	10,0	4	40,0	5	50,0
	Correcta	2	20,0	3	30,0	5	50,0
	Total	3	30,0	7	70,0	10	100,0

Por su parte, la tabla 8 muestra los sujetos que respondieron, de forma correcta, al ítem 6, tanto en pretest como postest. Es evidente que la diferencia (5 a 7) es mínima, denotando con ello, quizás, la poca comprensión del ítem, debido al nivel de cocimiento exigido por las opciones de respuesta al mismo.

4.2.- Creencias Irracionales

Seguidamente, se presenta el grafico (ver figura 2), correspondiente a los puntajes obtenidos por los sujetos en pretest y postest de las creencias irracionales en relación a la dieta, obtenidos a través de las listas de verificación creadas para tal fin.

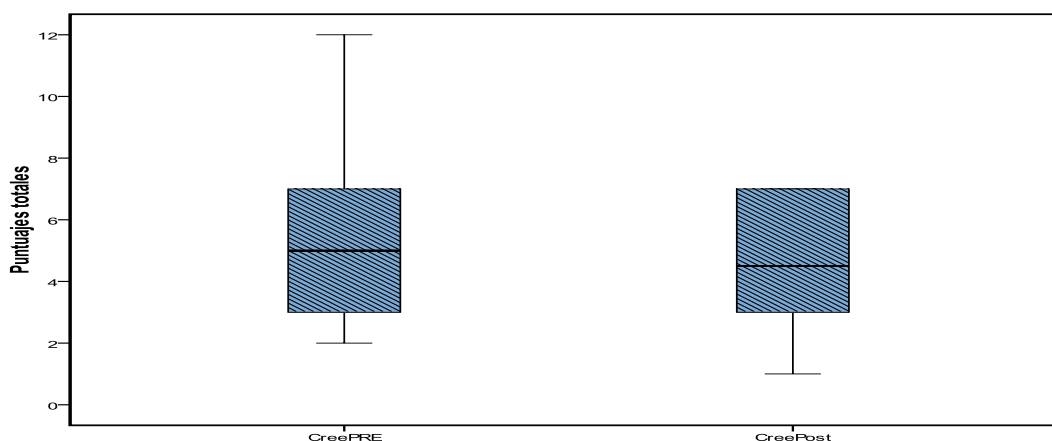


Figura 2. Diagrama de caja de pretest y postest de creencias irracionales

En la figura 2, se observa que el P_{50} en el pre test, corresponde a un puntaje de 5, mientras que en el postest, varía a 4,5. Aunque la diferencia es mínima, se evidencia un desplazamiento del rango de creencias erróneas hacia la parte inferior y una concentración de las mismas entre 3 y 7 puntos en el postest, comparado con el pretest, donde el rango se encontraba entre 2 y 12.

Los resultados previos indican que, posiblemente, esta disminución en las creencias erróneas se deba al efecto de la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva, confirmando, de esta manera, lo expuesto por Bados y García (2010), quienes afirman que la misma puede modificar las cogniciones de las personas para lograr cambios terapéuticos.

No obstante, de acuerdo con Bados y García (2010), la reestructuración cognitiva, aunque es una de las técnicas cognitivo-conductuales más importantes dentro de este enfoque, la aplicación no es nada fácil porque, en primer lugar, se requiere un buen conocimiento del trastorno a tratar y, segundo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. Siendo así, la investigación presente, aunque sustentada teóricamente en cuanto a las creencias erróneas más comunes que afectan a la adhesión a la dieta, no hizo énfasis en la particularidad de cada sujeto en este aspecto, lo cual, probablemente, afectó la eficacia de la técnica, al ser aplicada de forma grupal.

En cuanto a las dificultades de los sujetos para señalar su grado de acuerdo o desacuerdo con las creencias erróneas planteadas en el instrumento, es posible afirmar que el mismo pudo haber sido afectado por la complejidad de la información del ítem y su construcción, así como por la comprensión del participante acerca del mismo. Pueden observarse, a continuación, los resultados para los ítems 6, 12 y 16, donde es posible inferir la existencia de dichos factores que influyeron en éstos.

Tabla 9.

Tabla de contingencia de pretest y posttest para el ítem 6

		Si hago la dieta durante una semana, bajan los niveles de la PAE (Post)					
		Ausencia		Presencia		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si hago la dieta durante una semana, bajan los niveles de la PA (Pre)	Ausencia	1	10,0	2	20,0	3	30,0
	Presencia	3	30,0	4	40,0	7	70,0
	Total	4	40,0	6	60,0	10	100,0

En la tabla 9, en el pretest, 7 participantes afirmaron su acuerdo con la creencia errónea, mientras que, en el posttest, sólo hubo 6 sujetos en dicha situación, lo cual puede atribuirse a la complejidad de la información presentada en el ítem.

Tabla 10.

Tabla de contingencia de pretest y posttest para el ítem 12

		En la calle no puedo cumplir con los requerimientos de una alimentación balanceada (Post)					
		Ausencia		Presencia		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
En la calle no puedo cumplir con los requerimientos de una alimentación balanceada (Pre)	Ausencia	3	30,0	2	20,0	5	50,0
	Presencia	0	,0	5	50,0	5	50,0
	Total	3	30,0	7	70,0	10	100,0

En la tabla 10, en el pretest, 5 sujetos afirmaron su acuerdo con la creencia errónea, mientras que, en el posttest, hubo un incremento de 2 participantes en cuanto a las afirmaciones, lo cual puede adjudicarse a la construcción del ítem, factor que pudo influir en la comprensión del mismo. Por su parte, en la tabla 11 se muestran los resultados del ítem 16, el cual implicó también dificultades en este sentido, pero fundamentadas en el basamento teórico del planteamiento.

Tabla 11.

Tabla de contingencia de pretest y posttest para el ítem 16

		Hago dietas para verme bien físicamente (Post)					
		Ausencia		Presencia		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hago dietas para verme bien físicamente (Pre)	Ausencia	3	30,0	5	50,0	8	80,0
	Presencia	1	10,0	1	10,0	2	20,0
	Total	4	40,0	6	60,0	10	100,0

4.3.- Conductas de autocontrol

A continuación, se presentan los datos graficados a través de un diagrama de caja (ver figura 3), correspondientes a los puntajes obtenidos por los sujetos en pretest y posttest de las conductas de autocontrol en relación a la dieta, obtenidos a través de las listas de verificación creadas para tal fin.

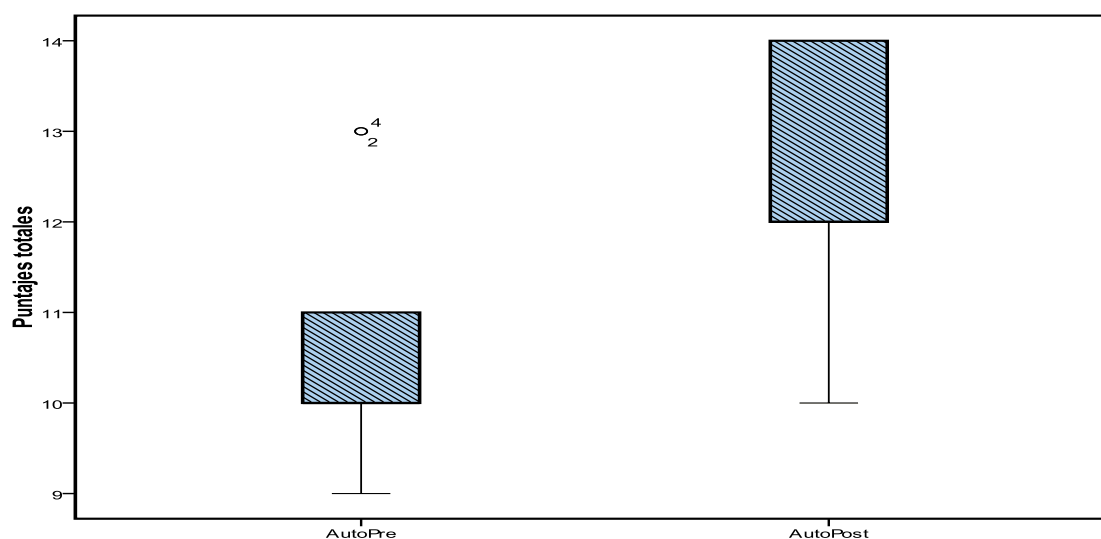


Figura 3. Diagrama de caja de pretest y posttest de conductas de autocontrol

En la figura 3, se observa que el P₂₅ y P₅₀ en el pretest, corresponden a un puntaje de 10, mientras que en el posttest, varían a 12, coincidiendo ambos percentiles. En este

caso, se evidencia un incremento en las respuestas afirmativas en cuanto a las conductas de autocontrol que el sujeto asumiría. Por otra parte, el P_{75} mostró una variación en posttest de 2, 5 puntos, ubicándose, de esta manera, en el valor máximo de respuestas correctas.

Los anteriores resultados pueden indicar un posible efecto de la explicación y aplicación, en la vida cotidiana de los pacientes, de las estrategias de autocontrol (planificación ambiental y autoaplicación de consecuencias), entendidas como conductas con las cuales el sujeto modifica, de acuerdo con (Thoresen y Mahoney, 1974), tanto el medio interno como el externo de los sujetos, con el fin de lograr cambios significativos.

Tomando como base lo anterior, se puede afirmar que los participantes del presente estudio, manifestaron, una vez concluida la aplicación del programa, que incorporarían las conductas de autocontrol, señaladas en el instrumento, con el objetivo de mejorar su adhesión a la dieta.

4.4.- Consumo de alimentos

Seguidamente, se presenta la tabla 12, correspondiente a los puntajes promedios obtenidos en pretest y posttest en cuanto a los grupos de alimentos, a través de la hoja de alimentos creada para esta investigación. Posteriormente, estos resultados se muestran a través de gráficos de barras.

Tabla 12.

Promedio de consumo de alimentos, en pretest y posttest, para cada grupo

	G1: granos, cereales y tubérculos	G2: Frutas y hortalizas	G3: lácteos, huevos y carnes	G4: azúcar, miel y papelón	G5: grasas y aceites vegetales
Pretest	5,6	5,9	4,1	3	2,1
Postests	5	10,2	4,7	1,6	1,6

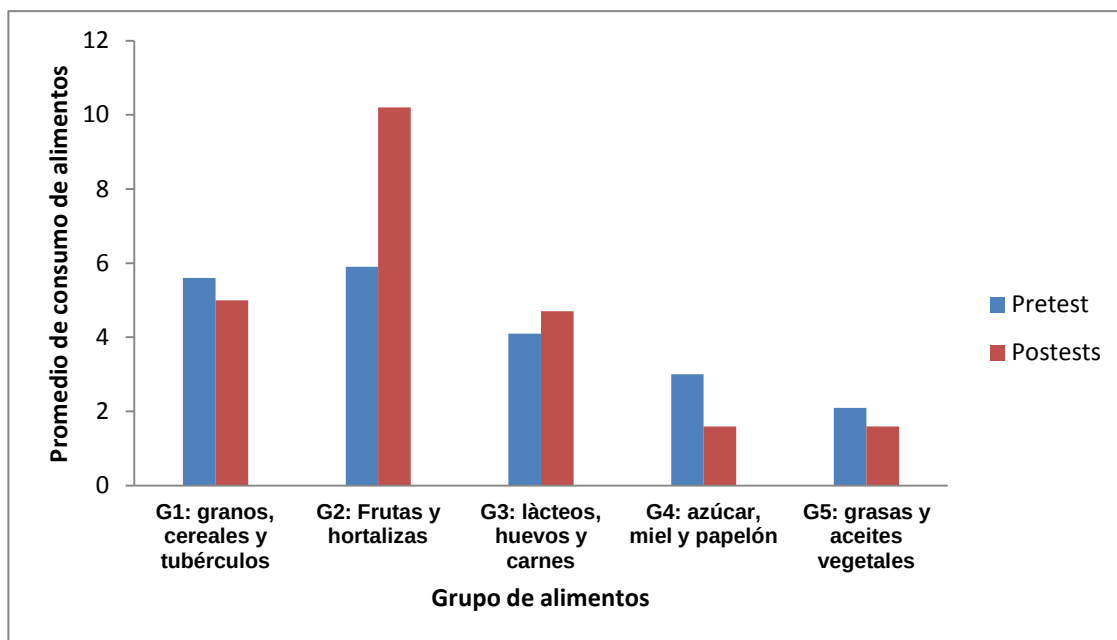


Figura 4. Gráficos de barra del promedio de consumo de alimentos, en pretest y posttest, para cada grupo.

En la figura 4, se encuentran representados los promedios de las puntuaciones totales para cada grupo de alimentos, en pretest y posttest. Estos resultados señalan un cambio de patrón en la elección de los alimentos a consumir. En un análisis más detallado de los mismos, puede hacerse referencia a los cambios más resaltantes en el grupo de las frutas y las hortalizas, donde la media en pretest obtuvo un valor de 6, mientras que en posttest se incrementó a 10. Por su parte, también vale destacar los resultados en el grupo 4, correspondiente a la azúcar, miel y papelón, en el que se observa una disminución de 3 puntos en el pretest en relación a 1,6 en el posttest, lo cual es consonó con las recomendaciones de la dieta DASH en cuanto a este rubro.

En cuanto los grupos restantes, en el de granos, cereales y tubérculos, se observa una disminución mínima de promedios (5,6 a 5), lo cual no indica un decremento relevante en la elección de alimentos pertenecientes a este grupo. En el grupo de los lácteos, huevos y carnes, hubo un incremento poco apreciable mientras que en el grupo de grasas y aceites, se observa un decremento de 2,1 a 1,6. Vale resaltar que las recomendaciones de la dieta DASH en cuanto al consumo de alimentos de estos tres grupos, indican que el mismo debe ser reducido en cuanto a sus porciones diarias, lo que coincide con los resultados obtenidos.

4.5.- Resultados de la valoración del programa por parte de los participantes.

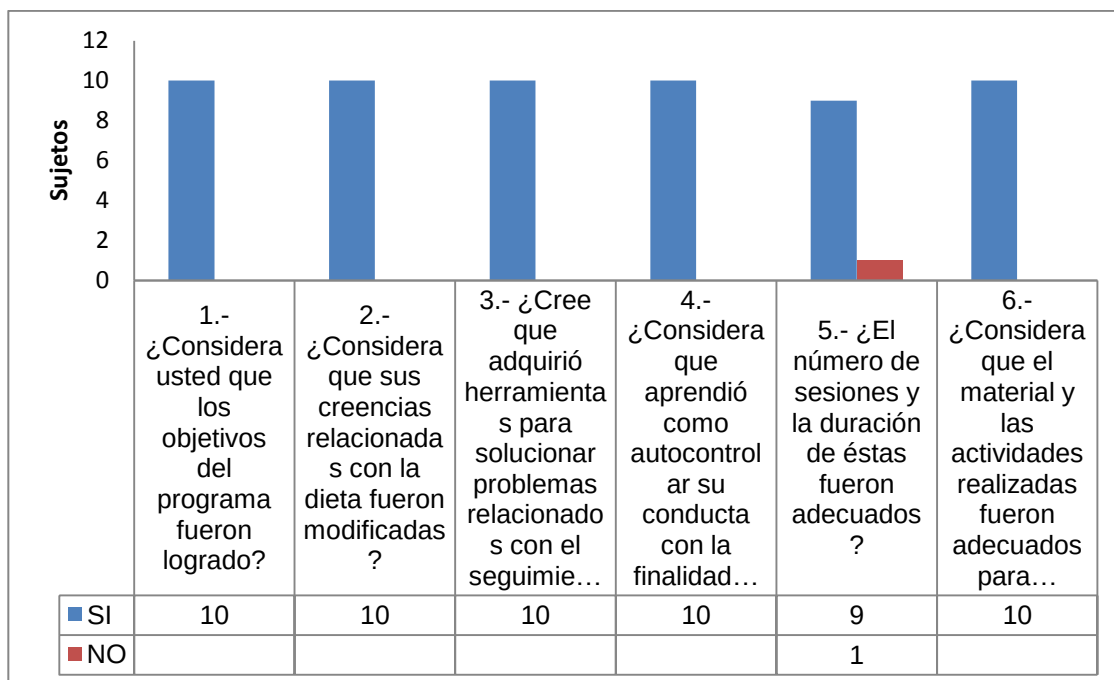


Figura 5. Resultados de la valoración del programa por parte de los participantes

En la figura 5, podemos observar que hubo una aprobación del 100% de los participantes en cuanto a los aspectos constitutivos del programa: objetivos, número y duración de las sesiones, materiales y actividades realizadas, y conocimientos impartidos en cuanto a las técnicas de reestructuración cognitiva y autocontrol. Sin embargo, en cuanto a la duración de las sesiones, hubo un participante, como se observa en el ítem 5 de la figura 5, que expresó su deseo de que la misma fuera mayor para una próxima oportunidad.

Por otra parte, los ítems 7, 8 y 9 que no están presentes en la figura 5, debido a su valoración no dicotómica, reflejaron las opiniones de los participantes en relación a lo más relevante del programa y al desempeño de los facilitadores. En este sentido, se ha de destacar que los sujetos consideraron, en su mayoría, que adquirieron conocimientos importantes (vp "...debemos modificar hábitos...", "...comer sin sal...", "... puedo decidir qué comer..."); además, resaltaron la actuación de los facilitadores en cuanto a la dedicación, atención personalizada y la amabilidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, es posible atribuir un impacto del programa sobre la adhesión a la dieta, estando ésta representada por la modificación de las creencias irracionales, la incorporación de conductas de autocontrol y la elección de los alimentos que el participante consumiría, una vez concluido el programa. Dicho impacto, en cuanto al factor del suministro de información, se observó en un incremento de las respuestas acertadas de los sujetos, lo cual indica, posiblemente, un manejo adecuado de la información relacionada con la alimentación y la hipertensión.

En cuanto a la aplicación de la técnica de la reestructuración cognitiva, los resultados no permiten aseverar que los sujetos modificaron totalmente sus creencias irracionales en cuanto a la dieta; sin embargo, hubo una disminución de dichas creencias. Esto podría estar acorde con los hallazgos de Tsiros et al. (2008), quienes afirman que el uso de esta técnica es una herramienta eficaz para lograr cambios positivos relacionados con la dieta.

Por su parte, la explicación y aplicación de la técnica de autocontrol en la cotidianidad de los pacientes, en los eventos relacionados con la adherencia a la dieta, demostró la asunción de estas estrategias por parte de los sujetos, al considerarlas como herramientas reguladoras de la ingesta de alimentos no adecuados para su condición médica.

Además de lo anterior, los participantes manifestaron un cambio en el patrón de elección de los alimentos, a consumir, clasificados por grupos, y que están acordes con las recomendaciones de la dieta Dash en cuanto al incremento del consumo de frutas y hortalizas y la disminución de azúcares y grasas que ésta propone.

Teniendo como base lo planteado, es posible inferir que el programa pudiera tener un impacto favorable en la mejora de la adhesión a la dieta en pacientes con PAE, lo cual concuerda con lo expuesto por Fernández (2009), quien afirma que los programas cognitivo conductuales pueden ser utilizados para reducir (y así mejorar) el consumo de alimentos perjudiciales en pacientes hipertensos.

Siendo la dieta un factor de riesgo modificable, es relevante su abordaje a través de programas como el presente, que permitirían, fundamentados en otro nivel de investigación, ampliar los alcances e influencia de éstos sobre dicho factor.

LIMITACIONES

Una vez concluida la aplicación del programa, y habiéndose obtenido las conclusiones en función de los resultados analizados, se hace necesario señalar las diversas limitaciones que implicaron la presente investigación:

- Las medidas aplicadas (pretest y posttest) limitaron la observación de cambios relevantes en la adhesión a la dieta, teniendo en cuenta que ésta contemplaba en la definición particular, para esta investigación, la modificación de las creencias irracionales y la incorporación de conductas de autocontrol, así como la elección de alimentos acorde a la dieta DASH.
- La cantidad de sujetos seleccionados no constituyeron una muestra representativa de la población con PAE. Siendo así, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados, aunque no los invalida, debido a su carácter exploratorio.
- El diseño utilizado (preexperimental, con preprueba y posprueba para un solo grupo) de tipo exploratorio, no permite ser concluyente sobre los efectos del suministro de información y del programa cognitivo conductual sobre la adhesión a la dieta, debido a la ausencia de un grupo comparativo y, por tanto, en ausencia de manipulación de variables.
- La heterogeneidad del grupo en cuanto al nivel de instrucción, implicó un consumo de tiempo mayor al previsto para cada sesión, así como ciertas dificultades para la comprensión de algunos ítems en los instrumentos, lo cual conllevó a la atención personalizada para algunos sujetos.

RECOMENDACIONES

Establecidas las limitaciones que afectaron el presente estudio, es necesario indicar un conjunto de recomendaciones que deberían ser tomadas en consideración al momento de realizar futuras investigaciones en esta área. A continuación, se exponen algunas de ellas:

- Realizar validación de contenido para los instrumentos utilizados, como las listas de verificación de creencias irracionales y la de autocontrol, así como la hoja de alimentos, lo cual incidiría en una mejor aproximación al fenómeno estudiado.
- Utilizar un diseño de caso único, por sus características de línea base, medidas repetidas y el sujeto como su propio control. De no ser así, sería recomendable trabajar con dos grupos (control y experimental) y una muestra representativa de la población en estudio.
- Se recomienda abordar, de forma independiente, las técnicas del programa (reestructuración cognitiva y autocontrol) para así poder “aislar” los efectos sobre el factor de adhesión a la dieta.
- Hacer un estudio más riguroso en cuanto al control y medidas de los factores.
- Realizar una prueba piloto del programa para verificar la adecuación del mismo antes de su implementación definitiva.
- El número de actividades de las sesiones debería incrementarse, con la finalidad de fortalecer el aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrogué, H. y Madias, N. (2007). Sodium and potassium in the pathogenesis of hypertension. *New England Journal of Medicine*, 356 (19), 1966-1977.
- American Heart association. (2010). Heart Disease and Stroke Statistics_2010 Update: A Report From the American Heart association [Versión electrónica], *Circulation Journal of the American Heart Association*, 121, 948-954.
- Appel, L. (2009). DASH Position Paper: Dietary Approaches to Lower Blood Pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*, 11 (7), 358-368.
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: Manual Moderno.
- Avendaño, H. (2008). *Nefrología Clínica*. (3a. Ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, España.
- Baena, J., Del Val, J., Tomás, J., Martínez, J., Martín, R., González, I. y cols. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58 (4), 367-373.
- Blumenthal, J., Babyak, M., Hinderliter, A., Watkins, L., Craighead, L., Lin, P. et al. (2010). Effects of the DASH Diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 170 (2), 126-135.
- Caballo, V. (1992). *Manual de Modificación y terapia del Comportamiento*. Madrid: Siglo XXI.
- Coca, A., Aranda, P. y Redón, J. (2009). Manejo del Paciente Hipertenso en la Práctica Clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, M. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 64 (4), 485 - 494.
- Couch, S., Saelens, B., Levin, L., Dart, K., Falciglia, G. y Daniels, S. (2008). The efficacy of a clinic-based behavioral nutrition intervention emphasizing a DASH-type diet for adolescents with elevated blood pressure. *Journal of Pediatrics*, 152 (4), 494-501.
- Dalle, R., Calugi, S., Centis, E., Marzocchi, R., El Ghoch, M. y Marchesini, G. (2010). Lifestyle modification in the management of the metabolic syndrome: achievements and challenges. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 3, 373–385.
- Diccionario de la Lengua Española (2011). *Información*. (22^a Ed.). Madrid: Real Academia Española.
- Elliot, T. y Morgan, H. (2008). Social problem solving and health. *Biennial Review of Counseling Psychology*, 1 (1), 295-309.
- European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. (2007). Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hipertensión*, 25 (6), 1105–1187.
- Fernández, V. (2009). *Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de la hipertensión arterial*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Fuchs, F., Chambless, L., Whelton, P., Nieto, F. y Heiss, G. (2001). Alcohol consumption and the incidence of hypertension: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Hypertension*, 37 (5), 1242–1250.

- Fung, T., Chiuve, S., McCullough, M., Rexrode, K., Logroscino, G. y Hu, F. (2008). Adherence to a DASH-style diet and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Archives of Internal Medicine*, 168 (12), 713-720.
- Goldfried, M. y Davidson, G. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires. Paidós.
- Granados, G., Roales-Nieto, J. e Ybarra, J. (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial [Versión electrónica], *Psicothema*, 18, (4), 822-827.
- Granados, G., Roales-Nieto, J., Moreno, E. e Ybarra, J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 697-707.
- Gutiérrez, A. (2005). *Estudio prospectivo de factores dietéticos e incidencia de hipertensión arterial en la cohorte Seguimiento*. Tesis no publicada, Universidad de Navarra, España.
- Guzmán, R. y Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicología*, 16 (2), 37-50.
- Hall, J. (2003) *The kidney, hypertension, and obesity*. *Hypertension*, 41, 625–633.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. (3ª Ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Holguín, L., Arrivillaga, M., Varela, M., Cáceres, D. y Correa, D. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 3 (9), 33-49.
- Holli, B., Calabrese, R. y O'Sullivan, J. (2003). *Communication and education skills for dietetic professionals*. Filadelfia: Lippincot Williams & Wilkins.

- Ingaramo, R., Vita, N., Bendersky, M., Arnolt, M., Bellido, C., Piskorz, D. y cols. (2005). Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 34 (1), 104-111.
- Junger, M. y Kampen, M. (2010). Cognitive ability and self-control in relation to dietary habits, physical activity and bodyweight in adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7 (22), 1-12.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Lacasella, R. (2001). *La Validación Social ¿Un procedimiento lícito de evaluación?*. Trabajo presentado para optar al ascenso en el escalafón universitario para la categoría de Asociado, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.
- Lega, L. y Velten, E. (2008). Albert Ellis (1913-2007). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, (001), 189-193.
- Levitan, E., Wolk, A. y Mittleman, M. (2009). Consistency with the DASH diet and incidence of heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 169, (9), 851–857.
- Maicas C., Lázaro E., Alcalá J., Hernández P. y Rodríguez L. (2003). Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. *Monocardio*, 5 (3), 141-160.
- Márquez, E., Casado, J. y Márquez, J. (2001). Estrategias para mejorar el cumplimiento. *Formación Médica Continuada*, 8, 558-573.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica de los profesionales de salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Messerli, F., Williams, B. y Ritz, E. (2007). Essential hypertension. *The Lancet*, 370, 591-603.

- Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., Casado, M. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10 (2), 199-216.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2007). *Anuario de mortalidad 2007*. Caracas: Autor.
- Montgomery, W. (2008). Teoría, investigación y aplicaciones clínicas del autocontrol. *Revista de Investigación en Psicología*, 1 (2), 215-225.
- Namakforoosh, M. (2000). *Metodología de la investigación*. (2ª Ed.). México: Limusa.
- Ndumele, C., Shaykevich, S., Williams, D. y Hicks, L. (2010). Disparities in Adherence to Hypertensive Care in Urban Ambulatory Settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21 (1), 132–143.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Enfermedades crónicas*. Recuperado el 20 de abril de 2011, de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Causes of death in 2008. Global Health Observatory (GHO)*. Recuperado el 22 de abril de 2011, de <http://www.who.int/es/>
- Palomar, J., Harari, A. y Juárez, G. (2010). Elaboración de una escala de resolución de problemas para adultos (ERPA). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, (1), 31-39.
- Parikh, A., Lipsitz, S. y Natarajan, S. (2009). Association between a DASH-like diet and mortality in adults with hypertension: findings from a population-based follow-up study. *American Journal of Hypertension*, 22 (4), 409-416.
- Park, D. y Liu, L. (2007). *Medical Adherence and Aging. Social and cognitive perspectives*. Washington: American Psychological Association.

- Pimenta, E., Gaddam, K., Oparil, S., Aban, I., Husain, S., Dell'Italia, L. et al. (2009). Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension. *Hypertension*, 54, 475-481.
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J. y Pozo, A. (2003). *Fundamentos de Psicología de la personalidad*. Madrid, España: Rialp.
- Rahmouni, K., Correia, M., Haynes, W. y Mark, A. (2005). Obesity-Associated Hypertension: New Insights Into Mechanisms. *Hypertension*, 45 (1), 9-14.
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcázar, F. y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462.
- Román, D., Aller, R. y Bustamante, J. (2008). Aspectos terapéuticos de la dieta en la hipertensión arterial. *Nefro Plus*, 1 (1), 39-46.
- Rosenbaum, M. (1980). *Inventario de autocontrol*. Material del Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento. Universidad Simón Bolívar.
- Sacks, F. y Campos, H. (2010). Dietary therapy in hipertensión. *New England Journal of Medicine*, 362 (22), 2102-2112.
- Salas, J., Fernández, J., Ros, E., Martínez, m., Fito, M., Estruch, R. et al. (2008). Effects of mediterranean diet supplemented with nuts on metabolic syndrome status. *Archives of Internal Medicine*, 168 (22), 2449-2458.
- Salazar, N. y Urdanibia, A. (2005). *Elaboración y aplicación de un instrumento para determinar la adhesión al tratamiento y los factores asociados en pacientes con presión arterial elevada (PAE)*. Tesis de grado, Universidad Central de Venezuela.
- Salmerón, M (2006). Aplicación de la técnica de autocontrol a la obesidad utilizando la modificación de hábitos alimenticios y de actividad física. *Revista Digital*, 11 (100).

- Sanz, J. y Vásquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Savica, V., Bellinghieri, G. y Kopple, J. (2010). The effect of nutrition on blood pressure. *Annual Review of Nutrition*, 30, 365-401.
- Sesso, H., Cook, N., Buring, J., Manson, J. y Gaziano, J. (2008). Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. *Hypertension*, 51 (4), 1080-1087.
- Soca, P. y Sarmiento, Y. (2009). Hipertensión arterial: un enemigo peligroso [Versión electrónica], *Acimed*, 20, (3), 92-100.
- Socarrás, M. y Bolet, M. (2010). Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 29 (3), 353-363.
- Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. (2005). Guía Española de hipertensión Arterial. *Hipertensión*, 22 (2), 1-83.
- Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial. (2005). *Guía para el público: lo que todos debemos saber sobre hipertensión arterial*. Hipertensión Arterial 3º Consenso Uruguayo. Recuperado el 25 abril de 2011, de <http://www.cardiosalud.org>
- Thoresen, C. y Mahoney, M. (1974). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tsiros, M., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A., Walkley, J., Petkov et al. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87 (5), 1134-1140.
- Tsuruta, M., Adachi, H., Hirai, Y., Fujiura, Y. y Imaizumi, T. (2000). Association between alcohol intake and development of hypertension in Japanese normotensive men: 12-year follow-up study. *American Journal of Hypertension*, 13 (5), 482-487.

- U. S. Department of Health and Human Services. (2006). *Your Guide to Lowering Your Blood Pressure with DASH*. Washington: Autor.
- Valdés, G. (2009). Sal e hipertensión arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 28 (1), 107-114.
- Valero, R. y García, A. (2009). Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial. *Enfermería Global*, 8 (15), 1-14.
- Valero, R. y García, A. (2009). Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial. *Enfermería Global*, 8 (15), 1-13.
- Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 127-140.
- Williamson, D., Anton, S., Han, H., Champagne, C., Allen, R. y LeBlanc, E. et al. (2010). Adherence is multi-dimensional construct in the POUNDS LOST trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 33 (1), 35-46.
- Zidek, W., Naditch-Brûlé, L., Perlini, S., Farsang C. y Kjeldsen, S. (2009). Blood pressure control and components of the metabolic syndrome: the GOOD survey. *Cardiovascular Diabetology*, 8 (51), 1-9.

ANEXOS

Anexo 1. Validación de expertos

Nos dirigimos a Ud. en la oportunidad de presentarle el siguiente cuestionario, con la finalidad de que evalúe, según su experticia, el programa MADP-PAE (*Mejorando la adhesión a la dieta en pacientes con PAE*) que forma parte de la investigación titulada *Efectos de un programa cognitivo-conductual sobre la adhesión a la dieta en pacientes con presión arterial elevada*. Con tal fin, a continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas con la adecuación y suficiencia de los componentes de dicho programa. Agradecemos su valiosa colaboración al proporcionarnos sus críticas y sugerencias, las cuales contribuirán a la consecución efectiva de los objetivos de la investigación.

1.- ¿Considera Ud. que los objetivos del programa son adecuados?

Sí _____ No _____

2.- ¿Considera Ud. suficientes los objetivos que componen las sesiones del programa?

Sí _____ No _____

¿Modificaría, eliminaría o añadiría alguno(s)? ¿Cuál(es)?

3.- ¿Considera Ud. que los contenidos de las sesiones son adecuados?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

4.- ¿Considera Ud. que el número de contenidos es suficiente?

Sí _____ No _____

¿Modificaría, eliminaría o añadiría alguno(s)? ¿Cuál(es)?

5.- ¿Considera Ud. que las actividades propuestas son adecuadas?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

6.- ¿Considera Ud. que las actividades tienen relación con los objetivos planteados?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

7.- ¿Considera Ud. que el número de actividades propuestas es suficiente?

Sí _____ No _____

¿Modificaría, eliminaría o añadiría alguna(s)? ¿Cuál(es)?

8.- ¿Considera Ud. que el tiempo programado para cada actividad es suficiente?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

9.- ¿Considera Ud. que la evaluación de los objetivos es adecuada?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

10.- ¿Considera Ud. que los criterios de evaluación son adecuados?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

11.- ¿Considera Ud. que el número de sesiones es suficiente?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

12.- ¿Considera Ud. que el tiempo programado para cada sesión es suficiente?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

13.- ¿Considera Ud. que los recursos utilizados son adecuados?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

14.- En su opinión, ¿el programa proporciona, de forma adecuada, las técnicas cognitivo-conductuales que ayudarán, en la adherencia a la dieta, a personas con presión arterial elevada?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

15.- Finalmente, indique cualquier opinión que considere pertinente.

¡Gracias por sus aportes!

Anexo 2. Cuestionario de la Figura Corporal

CFC-E		Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
A continuación se te presentan una serie de preguntas con las cuales deseamos conocer cómo te has sentido respecto a tu apariencia física en las últimas cuatro semanas. Para ello contarás con cinco (5) opciones de respuesta: Nunca, Raramente, Algunas veces, A menudo, Muy a menudo y Siempre. Marca con una X la opción con la que más te identifiques (marca una sola opción). Por favor, contesta todas las preguntas. EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS:							
1. ¿Te sentiste enfadado (a) al hacer un examen sobre tu figura?							
2. ¿Te sentiste tan preocupado (a) por tu figura que pensaste que deberías ponerte a dieta?							
3. ¿Sentiste temor a volverte gordo (a) (o a engordar)?							
4. ¿Te sentiste preocupado (a) porque tu piel no era lo suficientemente firme?							
5. ¿La sensación de plenitud (por ejemplo después de una comida abundante) te hizo sentir gordo (a)?							
6. ¿Te sentiste tan mal en relación con tu figura que tuviste que gritar?							
7. ¿Evitaste correr a causa de que tu piel podía tambalearse?							
8. ¿El hecho de estar junto a una persona delgada de tu mismo sexo te hizo tomar conciencia sobre tu figura?							
9. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida te hizo sentir gordo (a)?							
10. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra persona de tu mismo sexo, al compararla hizo que sintieras la tuya en desventaja?							
11. ¿El hecho de pensar sobre tu figura interfirió en tu capacidad para concentrarte (por eje. Mientras veías TV, leías o escuchabas una conversación)?							
12. ¿El estar desnudo (a) (por ej. Al tomar un baño) te hizo sentir gordo (a)?							
13. ¿Imaginaste el desprenderte de determinadas zonas de tu cuerpo?							
14. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico te hizo sentir gordo (a)?							
15. ¿No asististe a reuniones sociales (por ej. Fiestas) a causa de que te sentías mal con tu figura?							
16. ¿Te sentiste excesivamente grueso (a) y redondo (a)?							
17. ¿Te sentiste avergonzado (a) de tu cuerpo?							
18. ¿La preocupación sobre tu figura te hizo estar a dieta?							
19. ¿Te sentiste más feliz con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por eje. Por la mañana)?							
20. ¿Pensaste que la causa de tu figura era tu falta de autocontrol?							
21. ¿Te sentiste preocupado (a) porque otras personas vieran cauchitos en tu cintura o estómago?							
22. ¿Sentiste que no es justo que otros (as) hombres (mujeres) sean más delgados (as) que tú?							
23. ¿Vomitaste con la intención de sentirte más ligero (a)?							
24. ¿En compañía de otras personas, te sentiste preocupado (a) por el hecho de ocupar más espacio (por ej. Sentado (a) en un sofá o en el asiento del autobús)?							
25. El verte reflejado (a) por ejemplo en un espejo ¿te hizo sentir mal con tu figura?							
26. ¿Pellizcaste zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa contienen?							
27. ¿Evitaste situaciones donde otras personas podrían haber visto tu cuerpo, por ejemplo piscinas?							
28. ¿Tomaste laxantes para sentirte más ligero (a)?							
29. ¿Tomaste especial conciencia de tu figura en compañía de otras personas?							
30. ¿La preocupación por tu figura te hizo sentir que debías hacer ejercicios?							

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck.

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

Instrucciones: En este cuestionario hay grupos de oraciones. Por favor, lea cada grupo de oraciones cuidadosamente. Entonces escoja la oración en cada grupo que mejor describa cómo se ha estado sintiendo usted la semana pasada. Incluyendo hoy. Haga un círculo al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse igualmente bien, haga un círculo en cada una. Esté seguro de leer todas las oraciones de cada grupo antes de hacer su escogencia.

1.

- 0. Yo no me siento triste
- 1. Yo me siento triste
- 2. Yo estoy triste todo el tiempo y no puedo dejar esta costumbre
- 3. Yo estoy tan triste o infeliz, que no puedo soportarlo.

2.

- 0. Yo no estoy particularmente desanimado acerca del futuro.
- 1. Yo me siento desanimado acerca del futuro.
- 2. Yo siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3. Yo no tengo esperanza en el futuro y las cosas no van a mejorar

3.

- 0. Yo no me considero fracasado
- 1. Yo siento que he fracasado mas que los demás
- 2. Mirando hacia atrás en mi vida, todo lo que veo es un montón de fracasos
- 3. Yo siento que soy un completo fracaso como persona

4.

- 0. Yo obtengo tanta satisfacción de las cosas como acostumbraba hacerlo antes
- 1. Yo no disfruto de las cosas como acostumbraba
- 2. Ya no tengo satisfacción alguna en ninguna cosa
- 3. Yo estoy insatisfecho o aburrido con cualquier cosa

5.

- 0. Yo no me siento particularmente culpable.
- 1. Yo me siento culpable una buena parte del tiempo
- 2. Yo me siento culpable casi todo el tiempo
- 3. Yo me siento culpable constantemente

6.

- 0. Yo no me siento castigado
- 1. Yo siento que podría ser castigado
- 2. Yo espero ser castigado
- 3. Yo siento que estoy siendo castigado

7.

- 0. Yo no me siento decepcionado de mí mismo
- 1. Yo estoy decepcionado de mi mismo
- 2. Yo estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Yo me odio.

8.

- 0. Yo no me siento peor que nadie
- 1. Yo me critico por mis debilidades y errores
- 2. Yo me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3. Yo me culpo por todas las cosas malas que suceden

9.

- 0. Yo no pienso en matarme.
- 1. Yo pienso en matarme, pero no lo haría
- 2. A mi me gustaría matarme.
- 3. Me mataría si tuviera la oportunidad

10.

- 0. Yo no lloro más de lo acostumbrado
- 1. Yo lloro más ahora que antes
- 2. Yo lloro todo el tiempo
- 3. Yo antes lloraba, pero ahora ya no puedo llorar si lo quiero

11.

- 0. Yo no soy ahora más irritable que antes.
- 1. Yo me irrito o me molesto mas fácil que antes
- 2. Ahora, yo me siento irritado todo el tiempo.
- 3. Ahora no me irritan las cosas como antes.

12.

- 0. Yo he perdido el interés por la gente
- 1. Yo siento menos interés que antes, en otras personas.
- 2. Yo he perdido mucho de mi interés por otras personas
- 3. Yo he perdido todo mi interés en las otras personas

13.

- 0. Yo tomo decisiones tan bien como antes
- 1. Yo evito más que antes tomar decisiones.
- 2. Yo tengo más dificultades que antes en tomar decisiones.
- 3. Yo no puedo tomar decisiones de ninguna clase.

14.

- 0. Yo no siento que luzco peor que antes
- 1. Yo estoy preocupado porque luzco viejo e inatractivo
- 2. Yo siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen lucir inatractivo
- 3. Yo creo que luzco feo

15.

- 0. Yo puedo estudiar o trabajar igual que antes
- 1. Yo tengo que hacer algún esfuerzo para comenzar a hacer alguna cosa
- 2. Yo tengo que esforzarme mucho para hacer algo.
- 3. Yo no puedo hacer ningún estudio o trabajo.

16.

- 0. Yo puedo dormir tan bien como antes.
- 1. Yo no duermo tan bien como antes.
- 2. Yo me despierto una o dos horas más temprano que antes y no puedo volver a dormirme.

3. Yo me despierto muchas horas más temprano que antes y no puedo volver a dormirme.

17.

0. Yo no me canso mas de lo usual
1. Yo me canso más fácilmente que antes.
2. Yo me canso de hacer casi cualquier cosa.
3. Yo me canso demasiado por hacer cualquier cosa.

18.

0. Mi apetito es igual que antes.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes
2. Mi apetito es peor ahora
3. Ya yo no tengo apetito.

19.

0. Yo no he perdido peso últimamente
1. Yo he perdido más de dos kilos.
2. Yo he perdido mas de cuatro kilos
3. Yo he perdido más de seis kilos.

Estoy tratando de perder peso comiendo menos SI _____ NO _____

20.

0. Yo no me siento preocupado por mi salud mas que antes
1. Yo estoy preocupado acerca de los problemas físicos, tales como dolores y molestias, estómago, constipación, etc.
2. Yo estoy muy preocupado acerca de los problemas físicos y me es difícil pensar en algo más.
3. Yo estoy tan preocupado acerca de los problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21.

0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés hacia el sexo.
1. Yo tengo menos interés en el sexo que antes.
2. Yo tengo mucho menos interés en el sexo ahora.
3. Yo he perdido el interés por el sexo completamente.

Corrección

El número al inicio de cada frase corresponde a la puntuación de cada opción de respuesta del ítem. Se deben sumar el puntaje de todas las respuestas. Se determinará el grado de depresión según el siguiente cuadro.

5 - 9	Existencia de altibajos que se consideran normales.
10 - 18	Depresión entre leve y moderada.
19 - 29	Depresión entre moderada y severa.
30 - 63	Depresión severa.

Anexo 4. Carta de Consentimiento informado

Yo, _____, Cédula de Identidad: _____, acepto voluntariamente participar en la investigación titulada “Programa Cognitivo Conductual sobre la adherencia a la dieta Dash en personas con Presión Arterial Elevada”, y en consecuencia, ser evaluada(o) por los autores o colaboradores de dicho trabajo.

Así mismo, hago explícito el conocimiento de lo establecido por los artículos 57, 60 y 69 del Código de Ética Profesional del Psicólogo, acerca de la preservación de la integridad física y mental, el anonimato y confidencialidad de las respuestas, y la utilización responsable de los resultados de la investigación para fines científicos y prácticos, y, por tanto, doy mi consentimiento para formar parte de la muestra requerida para la fase de evaluación de la presente investigación.

Firma

Anexo 5. Lista de verificación de creencias erróneas

NOMBRE Y APELLIDO: _____

INSTRUCCIONES: a continuación, se presenta una serie de pensamientos y creencias relacionados con el seguimiento de la dieta. Por favor, marque con una “X” en la casilla correspondiente al día de la semana en que Ud. realizó alguna(s) de dichas conductas o tuvo estos pensamientos.

PENSAMIENTOS O CREENCIAS	SI	NO
Las dietas son insoportables		
Las dietas son difíciles de cumplir		
Si estoy en dieta paso hambre		
Las dietas son aburridas		
Hacer dieta es dejar de comer		
Si hago la dieta durante una semana bajan los niveles de la presión arterial		
Las dietas me restringen todos los alimentos		
Para hacer dietas se debe tener mucho dinero		
Debo cumplir la dieta por obligación		
Para cumplir la dieta hay que tener fuerza de voluntad		
Aunque cumpla la dieta, sigo con la presión arterial elevada.		
En la calle no puedo cumplir con los requerimientos de una alimentación balanceada		
Si estoy a dieta no puedo asistir a eventos sociales.		
Los alimentos de las dieta no sacian el hambre.		
Si hago dieta adelgazo y luego engordo más rápido.		
Hago dietas para verme bien físicamente		
Solo hago las dietas por salud, cuando el médico me la manda		

Anexo 6. Lista de verificación de conductas autocontroladas

NOMBRE Y APELLIDO: _____

INSTRUCCIONES: a continuación, se presenta una serie de conductas y pensamientos relacionados con el seguimiento de la dieta. Por favor, marque con una “X” en la casilla correspondiente al día de la semana en que Ud. realizó alguna(s) de dichas conductas o tuvo estos pensamientos.

CONDUCTA O PENSAMIENTO	SI	NO
Considero que soy yo quien posee el control para seguir la dieta		
Modifico algunas cosas en mi ambiente para cumplir con la dieta		
Reduzco el consumo de sal al pensar en los beneficios que esto aporta a mi salud		
Hago cosas que antes eran menos probable que las realizara, con tal de seguir la dieta		
Elijo comer alimentos que forman parte de la dieta, en vez de los menos saludables		
A pesar de no gustarme, prefiero consumir algún alimento de la dieta		
Pienso en las consecuencias a largo plazo de no seguir la dieta; por ello, me esfuerzo en cumplirla		
Me percato de los factores externos que dificultan el seguimiento de la dieta		
Me felicito a mí mismo por seguir la dieta		
Coloco los alimentos “tentadores” lejos de mi vista, para poder cumplir la dieta		
Evito comprar alimentos que no forman parte de la dieta		
Me recrimino a mí mismo por no seguir la dieta		
Al sentir hambre, prefiero comer algún alimento que forma parte de la dieta		
Uso otros sazonadores en vez de sal		

Anexo 7. Hoja de evaluación de suministro de información ¿Cuanto sabes de presión arterial elevada e Hipertensión?

¿Cuánto sabes de Presión Arterial Elevada y de Alimentación?

Instrucciones: A continuación se presenta unos ítems, seleccione la opción que más se adecue a la pregunta.

1. ¿Cuál de los siguientes pescados contiene menos sodio?			
a) Sardinas enlatadas ☐	b) Mero a la plancha ☐	c) Salmón ahumado ☐	d) Sardinas a la vinagreta ☐
2. ¿Qué alimentos se recomienda evitar en caso de Presión Arterial Elevada?			
a) Aceite de Oliva ☐	b) Cereales ☐	c) Sopas en sobre ☐	d) Frutas frescas ☐
3. ¿Qué tipo de agua embotellada se recomienda elegir?			
a) Agua con gas. ☐	b) Agua de mineralización muy débil, menos de 5 ml de sodio por litro. ☐	c) Agua de mineralización alta. ☐	d) No importa la cantidad de sodio del agua embotellada. ☐
4. ¿Cuál de los siguientes lácteos contiene mayor cantidad de sodio?			
a) Yogur natural ☐	b) Queso de años o aliñados, azul, parmesano. ☐	c) Leche entera ☐	d) Cuajada ☐
5. Además de seguir una dieta baja en sal ¿qué otras medidas se recomiendan tomar en caso de presentar Presión Arterial Elevada?			
a) Dieta baja en grasa ☐	b) Ejercicio físico ☐	c) Reducción de peso si hay obesidad ☐	d) Todas las anteriores ☐
6. ¿Qué tipo de edulcorante se recomienda evitar en caso de Presión Arterial Elevada?			
a) Sacarina (ciclamato sódico) ☐	b) Miel ☐	c) Nutrasweet ☐	d) Azúcar ☐
			4

7. ¿Qué alimentos son recomendables para dar sabor a los alimentos en sustitución de la sal?			
a) Cubitos de caldo concentrados ☐	b) Sal de potasio ☐	c) Hierbas aromáticas (cebollín, tomillo, orégano, cilantro, albahaca, laurel, hierba buena) ☐	d) Salsa de soya ☐
8. ¿Qué método de preparación se recomienda para las carnes, pescado y aves?			
a) Ahumado ☐	b) Curado ☐	c) Enlatado ☐	d) Ninguno de los anteriores ☐
9. ¿Cuál de los siguientes alimentos contiene menor cantidad de sodio?			
a) Embutidos ☐	b) Papas asadas ☐	c) Patatas fritas comerciales ☐	d) Queso manchego ☐
10. ¿Qué hábitos alimentarios se recomienda adoptar en el tratamiento de la Presión Arterial Elevada?			
a) Leer atentamente las etiquetas de los alimentos. ☐	b) No llevar la sal a la mesa. ☐	c) Planificar las comidas fuera de casa con antelación. ☐	d) Todas las anteriores ☐

Anexo 8.- Hoja de grupos de alimentos (pretest)

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

INSTRUCCIONES: SEÑALE QUE ALIMENTOS CONSUME DENTRO DE CADA GRUPO

GRUPO DE ALIMENTOS	ALIMENTOS QUE CONSUME
Grupo n°1: Granos, cereales, tubérculos: arroz, arepa, pan, papas, yuca, jojoto, pasta, caraotas, plátanos, batata	
Grupo n°2: Hortalizas y frutas: piña, patilla, coco, lechosa, cambur, manzana, mandarina, zanahorias, calabacín, tomate, lechuga, acelga, espinacas, berro, brócoli, coliflor, remolacha, auyama	
Grupo n°3: Leche, carnes y huevos: yogur, leche (tipo), pescado, carnes rojas, pollo, pavo, mariscos, huevos, quesos.	
Grupo n° 4: Azúcar, miel y papelón: chucherías: chocolate, dulces, tortas.	
Grupo n° 5 Grasas y aceites vegetales: aceite de oliva, aceite de girasol, mantequilla, margarina (tipo), mayonesa (tipo).	

Anexo 9.- Hoja de grupos de alimentos (postest)

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

INSTRUCCIONES: SEÑALE QUE ALIMENTOS CONSUMIRIA

GRUPO DE ALIMENTOS	ALIMENTOS QUE CONSUME
Grupo n°1: Granos, cereales, tubérculos: arroz, arepa, pan, papas, yuca, jojoto, pasta, caraotas, plátanos, batata	
Grupo n°2: Hortalizas y frutas: piña, patilla, coco, lechosa, cambur, manzana, mandarina, zanahorias, calabacín, tomate, lechuga, acelga, espinacas, berro, brócoli, coliflor, remolacha, auyama	
Grupo n°3: Leche, carnes y huevos: yogur, leche (tipo), pescado, carnes rojas, pollo, pavo, mariscos, huevos, quesos.	
Grupo n° 4: Azúcar, miel y papelón: chucherías: chocolate, dulces, tortas.	
Grupo n° 5 Grasas y aceites vegetales: aceite de oliva, aceite de girasol, mantequilla, margarina (tipo), mayonesa (tipo).	

Anexo 10. Tríptico de la Unidad de Hipertensión: *Hipertensión y Alimentación.*

Hipertensión y Alimentación

La forma en que nos alimentamos influye directamente sobre nuestra salud. La Hipertensión Arterial no es la excepción, de hecho uno de los factores más importantes tanto para tener como para evitar la hipertensión es la alimentación.

El consumo de alimentos ricos en grasas, sobre todo aquellos derivados de animales como las reses o el cerdo son sumamente dañinos para el organismo y facilitan la aparición de la hipertensión. También el consumo de pastas, enlatados y embutidos afectan nuestra presión arterial de forma negativa.

Los alimentos poseen un sabor natural que escondemos cuando le añadimos sal. La sal es otro tipo de aderezo de la comida que nos afecta gravemente, sobre todo si sufrimos de hipertensión arterial.

La comida chatarra como las pizzas, las hamburguesas, los refrescos, los helados y las papas fritas, que son muy sabrosos, también nos perjudican si los comemos en exceso.

Hay un universo de opciones alimenticias que no hemos explorado aún y que son una alternativa a nuestra actual manera de comer. Permítanos sugerirles algunas de esas opciones.

Salud y Alimentación

Alimentación es el consumo variado, balanceado y sensato de los alimentos para extraer de ellos satisfacción, energías y salud. Cuando ingerimos alimentos nuestro cuerpo los descompone para extraer de ellos nutrientes. Los nutrientes son sustancias que se encuentran en los alimentos y que usa el organismo para obtener energía, reparar tejidos y fortalecer los órganos. Como cada uno de esos nutrientes provienen de diferentes alimentos es importante escogerlos cuidadosamente.

1 Cuando compre pollo observe que tengan buen aspecto y color. En el caso del pescado que tengan las escamas firmes, los ojos brillantes y un olor no muy fuerte. Compre frutas propias de la cosecha, no compre frutos cuyo aspecto refleje descomposición.

2 Al momento de prepararlos tenga las manos aseadas, los platos y utensilios de cocina bien limpios y secos.

3 En la medida de lo posible consuma los alimentos en las dos horas siguientes a su preparación o consérvelos por debajo de los 10°C de temperatura (en el congelador).

4 Evite el contacto entre alimentos crudos y cocidos, ya que esto facilita la descomposición y la aparición de bacterias.

5 Lave bien las verduras y frutas que consuma, de ser posible use un poco de vinagre o 2 gotas de lejía en un litro de agua para su lavado.

6 Fría lo menos posible, ya que al freír incorpora el aceite a los alimentos, se hace más difícil su digestión por el organismo y se acumulan grasas en las paredes de las arterias.

7 No recaliente la comida varias veces ya que de esta forma le resta el valor nutricional a los alimentos. Evite comer sobras o alimentos con mucho tiempo en la nevera.

8 Coma despacio y mastique bien. De esta forma ayuda a su estómago a digerir mejor los alimentos, aprovechándolos al máximo.

9 Ingiera agua en cantidades razonables, es la bebida por excelencia ya que ayuda a mantener el equilibrio del organismo. El agua es mucho más saludable que cualquier otra bebida, en todo caso prefiera siempre los jugos naturales a cualquier forma de bebida gaseosa artificial.

Evite consumir alcohol, deteriora las funciones cognitivas, afecta gravemente al hígado y al riñón, afecta la vida sexual y deteriora las relaciones interpersonales. No consuma cigarrillos, tabaco o picadura, tiene los mismos efectos que el alcohol, mancha los dientes y genera mal aliento.

Coma gran variedad de alimentos y combinaciones entre estos, pero ingiera nada en exceso, una alimentación moderada en cantidad es rica en calidad.



¿QUÉ ES LA DIETA DASH?

LA dieta Dash nació de un estudio llamado “Enfoque dietético para detener la hipertensión”. El estudio demostró que una dieta rica en frutas, verduras, vegetales y alimentos lácteos bajos en grasa o descremados reduce la presión arterial.

¿Cualquier persona con presión arterial elevada puede bajarla mediante la dieta DASH?



Aunque la dieta DASH puede ayudar a muchas personas, tiene más probabilidad de ser efectiva en grupos de personas que consumen poco calcio.

Si cumplo con la dieta DASH, ¿en cuánto me puede bajar la presión Arterial?



En las personas que tienen la presión arterial ligeramente alta, el estudio DASH demostró que la dieta puede reducir la presión arterial hasta niveles normales, reduciendo o eliminando las necesidades de medicamentos.



PRECAUCIÓN

Si usted tiene la presión arterial alta y toma medicamentos, por favor **NO** deje de tomarlos para empezar la dieta por su cuenta. Consulte primero con su médico.

En caso de que sea alérgico a la lactosa, puede ingerir productos como: leche, yogures Alpina.

RECUERDE: Si adopta la dieta DASH para prevenir o controlar la presión arterial elevada, hágala parte de un estilo de vida con comidas bajas en sal y sodio, con un peso saludable, suficiente actividad física y bajo consumo de alcohol.

COMER CON DASH

- **7 a 8 porciones de granos y productos derivados de granos al día:** una porción equivale a: una (1) rebanada de pan; ½ taza de cereal seco, ½ taza de arroz, fideos o cereales cocidos. **Otras alternativas son:** panes integrales, pan pita (Bimbo), cereales altos en fibra, atoles de maíz y avena.
- **4 a 5 porciones de verduras y vegetales al día:** una porción equivale a una taza de vegetales crudos, ½ taza de vegetales cocidos, un vaso pequeño de jugo de un vegetal. **Otras alternativas son:** tomates, papas, zanahorias, calabacín, brócoli, espinaca, alcachofas, berro y acelgas.
- **4 a 5 porciones de frutas al día:** una porción equivale a un vaso pequeño de jugo de frutas, una fruta mediana, ¼ taza de frutas deshidratadas, ½ taza de frutas frescas. **Otras alternativas:** melocotón, durazno, cambur, dátiles, uvas, naranja, toronja, mango, patilla, piña, ciruelas pasas, fresas, mandarinas.
- **2 a 3 porciones de productos lácteos bajos en grasa al día:** una taza de leche, 1 taza de yogur, 1 rebanada de queso. **Otras alternativas:** leche descremada o semidescremada, suero de leche sin grasa, yogur sin grasa, queso mozzarella, requesón, palmito, cuajada.
- **2 porciones o menos de carne, aves o pescado al día:** equivale a 3 onzas de carne, aves o pescado cocido. Otras alternativas: carnes sin grasa visible y aves sin la piel.



NOTA: COCINE LAS CARNES EN EL HORNO, A LA PARRILLA O HIÉVALAS. “NADA FRITO”.

- **4 a 5 porciones de nueces, semillas o legumbres a la semana:** una porción equivale a 1/3 de taza de nueces, 2 cucharadas de semillas, ½ taza de legumbres cocidas. Otras alternativas: almendras, avellanas, maní en concha, nueces, semillas de girasol, lentejas y garbanzos.

CONSEJOS PARA COMBATIR LA PAE

1. **Introduzca cambios graduales en su modo de comer.**
 - Si solamente come una o dos verduras al día, agregue una porción en el almuerzo y otra en la cena y aumente el tamaño de cada porción.
 - Si no come frutas o si solamente toma jugo en el desayuno, coma frutas en las meriendas y/o como postre.
 - Use la mitad de la mantequilla, margarina o aderezo que normalmente usa.

- Use condimentos bajos en grasa o sin grasa.
- En vez de refrescos, bebidas alcohólicas o té con azúcar, tome leche descremada o semidescremada con las comidas.
- 2. Planifique sus comidas alrededor de fideos, arroz, frijoles, vegetales, hortalizas y verduras.**
- Vea la carne como parte de la comida completa y no como el foco principal (sólo 2 porciones al día).
- Coma dos o más comidas sin carne a la semana.
- 3. Coma las siguientes frutas o comidas bajas en grasa para el postre.**
- Frutas secas o ensaladas.
- Frutas deshidratadas.
- Gelatina.
- Yogur congelado o regular con grasa reducida.
- Cotufas sin grasa ni sal.
- Verduras y vegetales crudos.
- 4. Evitar el uso excesivo de sal.**
- No utilizar el salero en la mesa.
- No consumir alimentos ahumados ni conservados en sal.
- 5. Leer las tablas nutricionales en los envoltorios de los alimentos procesados.**

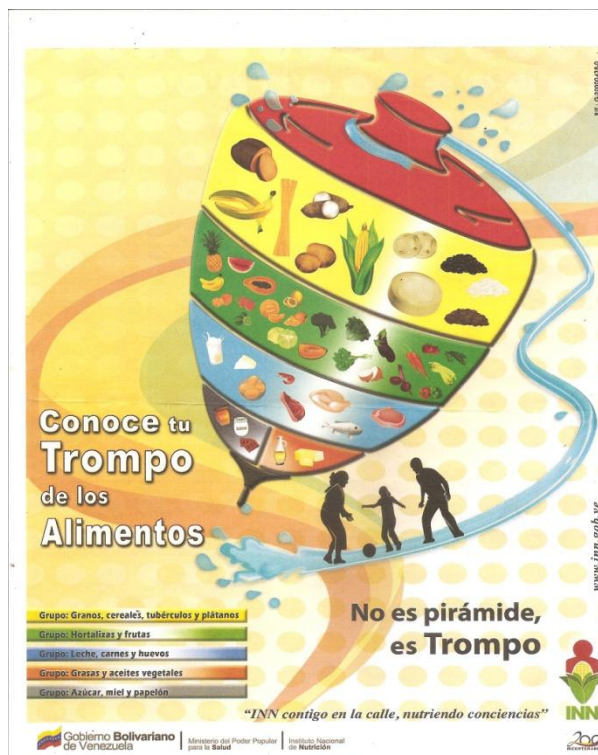
**Realizado por Mary Wilson
(Universidad de Nevada)**

**Adaptado por Amaro, Gomes y Lucena
(Universidad Central de Venezuela)**

Anexo 12. Folleto informativo sobre la dieta DASH

DIETA DASH		
GRUPO DE ALIMENTOS	PORCIONES DIARIAS	TAMAÑO DE LAS PORCIONES /EJEMPLOS DE ALIMENTOS
Granos	7 - 8	1 rebanada de pan, 1 onza de cereal de arroz seco, ½ taza de pasta o cereal cocido. EJEMPLOS DE PRODUCTOS: pan integral, pan de pita (bimbo), cereales, granos, harina de avena, galletas, pretzelt sin sal, palomitas de maíz (cotufas). IMPORTANCIA: son la principal fuente de energía y fibra.
Verduras	4 - 5	1 taza de verduras crudas de hoja verde, ½ taza de verduras cocidas, 1 de jugo de verduras. EJEMPLOS DE PRODUCTOS: tomate, papas, zanahorias, guisantes, calabacín, nabo, espinaca, alcachofas. IMPORTANCIA: son fuentes de potasio, magnesio y fibra.
Frutas	4-5	1 vaso de jugo de fruta, 1 fruta mediana, 1 / 4 taza de fruta seca, 1 / 2 taza, frutas congeladas. EJEMPLOS DE FRUTAS: albaricoques, cambures, dátiles, uvas, naranjas, jugo de naranja, jugo de toronja, mangos, melones, duraznos, piñas, ciruelas, pasas, fresas. IMPORTANCIA: las fuentes importantes de potasio, magnesio y fibra.
Lácteos bajos en grasa, desnatados o descremados	2-3	1 vaso de leche, 1 taza de yogurt, 1 longa 1/2 de queso libre de grasa láctea EJEMPLOS: sin grasa (descremada) o baja en grasa, sin grasa o suero de leche baja en grasa, sin grasa o yogur bajo en grasa regular o congelado, baja en grasa y queso sin grasa. IMPORTANCIA: las principales fuentes de calcio y proteínas.
Carnes, Aves	2 ó menos	1 pedazo mediano de carnes cocidas, pollo o pescado. Seleccionar solamente las carnes magras, recortar la grasa visible, asar, a la parrilla en lugar de freír, retire la piel del pollo. IMPORTANCIA: las fuentes ricas de proteínas y magnesio.
Nueces, Semillas	4-5 a la semana	Tamaños de las porciones: 1 / 3 taza o 1 1 / 2 oz nueces, 2 cucharadas o 1 / 2 oz semillas, 1 / 2 taza de verduras cocidas y frijol grano seco. EJEMPLOS: almendras, avellanas, frutos secos, maníes, nueces, semillas de girasol, frijoles, lentejas, guisantes. IMPORTANCIA: las fuentes ricas de energía, magnesio, potasio, proteínas y fibra.
Grasas y Aceites	2-3 cucharadas	1 cucharadita de margarina suave, 1 cucharada de mayonesa baja en grasa, 1 cucharadita de aceite vegetal. EJEMPLOS: la margarina suave, mayonesa baja en grasa, aderezo ligero para ensaladas, aceite vegetal (aceite de oliva, maíz, canola, cártamo).
Dulces	5 por semana	1 cucharada de azúcar, 1 cucharada de jalea o mermelada, 1/2 caramelos, 1 vaso de limonada. EJEMPLOS: el jarabe de arce, azúcar, jalea, mermelada, fruta con sabor a gelatina, caramelos de goma o duros. el ponche de frutas, sorbetes, helados. NOTA: los dulces deben ser bajos en grasa.

Anexo 13. Folleto informativo: Conoce tu trompo de los alimentos.



Anexo 14. Formato de valoración del programa por parte de los participantes

VALORACION DEL PROGRAMA

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con su participación en el programa. Por favor, responda afirmativa o negativamente a cada una de ellas, añadiendo un comentario que exprese su opinión al respecto. Recuerde que su evaluación es muy valiosa para nosotros. Una vez más, le reiteramos nuestra gratitud por su aporte como participante en este programa.

1.- ¿Considera que los objetivos del programa fueron logrados?

Sí_____ No_____

¿Por qué?

2.- ¿Considera que sus creencias relacionadas con la dieta fueron modificadas?

Sí_____ No_____

¿Por qué?

3.- ¿Cree que adquirió herramientas para solucionar problemas relacionados con el seguimiento de la dieta?

Sí_____ No_____

¿Por qué?

4.- En su opinión, ¿considera que aprendió cómo autocontrolar su conducta con la finalidad de seguir la dieta?

Sí_____ No_____

¿Por qué?

5.- A su parecer, ¿el número de sesiones y la duración de éstas fueron adecuados?

Sí_____ No_____

¿Por qué?

6.- ¿Considera que el material y las actividades realizadas fueron adecuados para lograr los objetivos del programa?

Sí_____ No_____

¿Por qué?

7.- En su opinión, ¿qué es lo más relevante que aprendió durante el programa?

8.- ¿Cómo evalúa el desempeño de los facilitadores?

9.- Exponga cualquiera otra opinión que considere relevante.

Gracias por su colaboración.

Anexo 15. Presentaciones en PowerPoint de: información sobre presión arterial, dieta DASH, técnica de reestructuración cognitiva y autocontrol.

Anexo 16. Programa Mejorando la adhesión a la dieta en pacientes con presión arterial elevada.

SESIÓN 1 - OBJETIVO SUMINISTRAR INFORMACIÓN SOBRE LA DIETA DASH CON LA FINALIDAD DE INCREMENTAR LA FRECUENCIA DE CONDUCTAS DE ADHERENCIA A LA DIETA.					
Objetivos	Actividades	Contenido	Recursos	Tiempo	Evaluación
Fomentar la integración entre los participantes y los facilitadores	Dinámica de presentación e integración: <i>la propaganda</i>	Bienvenida a los participantes	Humanos: facilitadores.	15'	Que todos los participantes sean capaces identificar los nombres del resto de los coparticipantes.
Indagar los conocimientos, creencias y habilidades de autocontrol, (relacionados con la dieta) previos a la aplicación del programa.	Aplicación de instrumentos (pre test)	Ítems de listas para verificación de conocimientos, creencias y conductas de autocontrol	Materiales: formatos de listas para verificación de conocimientos, creencias y conductas de autocontrol, lápiz, borrador.	30'	Que todos los participantes proporcionen información respecto a sus conocimientos, creencias y habilidades de autocontrol sobre la adhesión a la dieta, llenando las listas de verificación.
REFRIGERIO					
Proporcionar información sobre la presión arterial y la dieta Dash con el objeto de que los pacientes conozcan los beneficios de ésta sobre la presión arterial y consideren la adherencia a la misma	Exposición: Presión Arterial y dieta Dash como régimen alimenticio	Dieta Vs régimen alimenticio; qué es la dieta Dash y grupos de alimentos que la componen; requerimientos para un paciente con PAE	Humanos: facilitadores. Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point, rompecabezas, lista de pensamientos y pizarra acrílica	40	La totalidad de los participantes deberán reconocer los criterios de la dieta DASH y las características de la presión arterial elevada.
	Exposición	Definir el <i>trompo de la alimentación</i> y su relación con los componentes de la dieta Dash	Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point, folletos editados por el Instituto Nacional de Nutrición, Humanos: facilitadores	20	Todos los participantes reconocerán <i>los alimentos</i> que distinguen cada grupo.

SESIÓN 2: IDENTIFICAR LAS CREENCIAS ERRÓNEAS RELACIONADAS CON LA DIETA, CON LA FINALIDAD DE MODIFICARLAS A TRAVÉS DEL ENTRENAMIENTO EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

Objetivos	Actividades	Contenido	Recursos	Tiempo	Evaluación
Proporcionar información sobre la reestructuración cognitiva y su relación con la dieta con el fin de poder modificar, posteriormente, las creencias identificadas.	Lluvia de ideas	Modelo A-B-C (reestructuración cognitiva)	Humanos: facilitadores. Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point.	30'	La totalidad de los pacientes conocerá la técnica de la reestructuración cognitiva y su utilidad en la modificación de las creencias relacionadas con la dieta.
	Exposición				
REFRIGERIO					
Aplicar la técnica de Reestructuración Cognitiva en las creencias obtenidas en la sesión anterior a fin de generar un criterio distinto sobre la creencia en relación a la dieta.	Dinámica: cambiando pensamientos"	Lista de creencias obtenidas	Humanos: facilitadores. Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point y lista de verificación.	30	Los pacientes, en su totalidad, sean capaces de identificar las creencias erróneas Vs las creencias adecuadas en cuanto a la alimentación y la adhesión a la dieta

SESIÓN 3: PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LA TÉCNICA DE AUTOCONTROL, A TRAVÉS DEL APRENDIZAJE DE ESTRATEGIAS DE PLANIFICACIÓN AMBIENTAL Y AUTOAPLICACIÓN DE CONSECUENCIAS, CON EL PROPÓSITO DE INSTAURAR CONDUCTAS DE ADHERENCIA A LA DIETA.

Objetivos	Actividades	Contenido	Recursos	Tiempo	Evaluación
Exponer los elementos teóricos fundamentales del Autocontrol y su relación con la dieta	Dinámica: <i>lluvia de ideas</i>	El autocontrol: concepto	Humanos: facilitadores. Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point, pizarra acrílica, marcadores	10'	Los participantes expresarán sus ideas sobre el autocontrol y su relación con la dieta
				5'	Los participantes darán ejemplos relacionados con el concepto de autocontrol en la adhesión a la dieta
	Exposición	El autocontrol: “fuerza de voluntad” vs. autocontrol; características del autocontrol		20	Los participantes deberán dar ejemplos donde se evidencien las características de una conducta autocontrolada en relación con la dieta.
REFRIGERIO					
Explicar la técnica de planificación ambiental y su aplicación para el seguimiento de la dieta	Exposición	Planificación ambiental: explicación de los estímulos antecedentes externos que controlan la conducta. Modificación /eliminación/introducción de estímulos ambientales.	Humanos: facilitadores Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point	20'	La totalidad de los participantes expresará en sus propias palabras la definición de planificación ambiental y aportará ejemplos pertinentes
	Dinámica: <i>planificando tu ambiente</i>			10'	Los participantes expresarán, en sus propias palabras, cómo puede eliminar, modificar o introducir estímulos en el ambiente, con la finalidad de ejercer el autocontrol en su adherencia a la dieta.

Objetivos	Actividades	Contenido	Recursos	Tiempo	Evaluación
Describir las técnicas de programación conductual (autoobservación, autorrecompensa y autocastigo) y su aplicación en la adhesión a la dieta Dash	Exposición	Programación conductual: auto-observación, autorrecompensa positiva, autorrecompensa negativa	Humanos: facilitadores Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point	20'	Los participantes, en su totalidad, deberán dar respuestas acertadas de autorrecompensas relacionadas con el seguimiento de la dieta
	Dinámica: <i>¡recompénsate por pensar en tu salud!</i>			20'	
	REFRIGERIO				
	Exposición	Programación conductual: Autocontrol encubierto, autocastigo positivo, autocastigo negativo.	Humanos: facilitadores Materiales: laptop, video beam, presentación Power Point	10'	Cada uno de los participantes expondrá vivencias personales en las que aplicó, o debió aplicar, el autocontrol encubierto y el autocastigo
	Dinámica: <i>banquete ficticio</i>			10'	Todos los participantes deberán dar ejemplos correctos de autocontrol encubierto y autocastigo

Objetivos	Actividades	Contenido	Recursos	Tiempo	Evaluación
Indagar en los conocimientos, creencias y habilidades de autocontrol (relacionados con la dieta), posterior a la aplicación del programa	Aplicación de instrumentos	Ítems de listas para verificación de conocimientos, creencias y conductas de autocontrol	Humanos: facilitadores. Materiales: formatos de listas para verificación de conocimientos, creencias y conductas de autocontrol, lápiz, borra	10'	Conocer los cambios de los participantes en cuanto a su adherencia a la dieta Dash, luego del suministro de información y el programa cognitivo-conductual
Conocer el impacto del programa a través de la opinión de los participantes	Feedback entre los facilitadores y los participantes	Opiniones de los participantes	Humanos: facilitadores Materiales: hoja de evaluación del programa, lápices	10'	Los participantes aportarán sus opiniones e impresiones sobre el contenido del programa
	Cierre y despedida	Intercambio de opiniones entre los participantes y los facilitadores acerca de la experiencia en el programa	Humanos: facilitadores	15'	
REFRIGERIO Y DESPEDIDA			10'		

Anexo 17. Carta de solicitud de permiso para realizar la investigación en la Unidad de Hipertensión Arterial.

Caracas, 07 de Julio de 2011

Ciudadano
Dr. Francisco Fragachan
Director de la Unidad de Hipertensión Arterial
Hospital Clínico Universitario
Presente.-

Estimado Doctor:

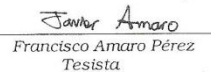
Por medio de la presente, nos dirigimos a usted, muy respetuosamente, en la oportunidad de solicitar autorización para realizar investigación en tan reconocida Unidad que dignamente dirige, tal solicitud, obedece a que somos estudiantes, tesisistas de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela, quienes estamos interesados en indagar efectos de variables psicológicas sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con Presión Arterial Elevada, específicamente nuestro estudio está titulado: **Estudio comparativo de los efectos de las técnicas de autocontrol y reestructuración cognitiva sobre la adherencia a la dieta en pacientes con Presión Arterial Elevada.** Asimismo, hacemos de su conocimiento que dicho estudio está siendo tutorado por el Lic. Victor Espinoza, Psicólogo de la Unidad.

Se anexa copia del punto de Consejo de Escuela de Psicología con la designación del Tutor.

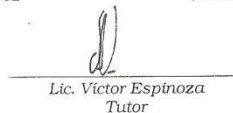
Sin más a que hacer referencia y agradeciendo de antemano de su colaboración, se suscriben.

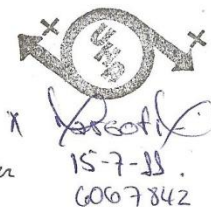
Atentamente,


Ninel Lucena Marín
Tesisista


Francisco Amaro Pérez
Tesisista


Armindo Gómez Gonçalves
Tesisista


Lic. Victor Espinoza
Tutor


15-7-11
6067842

Anexo 18. Carta de solicitud de avala al Comité de Bioética del Hospital universitario de Caracas.

Caracas, 28 de Noviembre de 2011

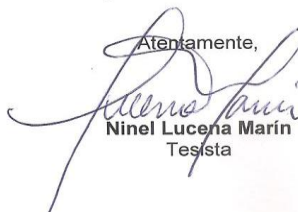
Ciudadano
Lic. Víctor Espinoza
Psicólogo Clínico
Unidad de Hipertensión Arterial
Hospital Universitario de Caracas
Presente.-

Saludos Cordiales:

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted, muy respetuosamente, en la oportunidad de solicitar su aprobación para realizar la aplicación del programa: ***Mejorando la adhesión a la dieta en pacientes con Presión Arterial Elevada.*** Dicho programa forma parte de la Tesis de Pregrado de Psicología, titulada: ***Estudio Exploratorio de los efectos del suministro de información y un Programa Cognitivo-Conductual sobre la adherencia a la dieta en pacientes con Presión Arterial Elevada,*** que estamos desarrollando bajo su tutoría., el cual se encuentra enmarcado dentro de lo establecido por los artículos 57 , 60 y 69 del Código de Ética Profesional del Psicólogo, lo cual garantiza a los participantes la preservación de la integridad física y mental, el anonimato y confidencialidad de las respuestas, así como la utilización responsable de los resultados de la investigación para fines científicos y prácticos.

Sin mas a que hacer referencia y agradeciendo de antemano su colaboración , se suscriben

Atentamente,



Ninel Lucena Marín
Tesisista



Armindo Gomes Goncalves
Tesisista



Francisco Amaro Pérez
Tesisista



11/21/11

Anexo 19. Carta de solicitud del auditorio de la UHA para la aplicación del programa.

Caracas, 28 de noviembre de 2011.

Dr. Francisco Fragachan.
Jefe de la Unidad de Hipertensión Arterial del
Hospital Universitario de Caracas.
Presente.-

Estimado Doctor

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted muy respetuosamente en la oportunidad de solicitar la adjudicación del Auditorio de la unidad de Hipertensión para realizar la aplicación del programa: ***Mejorando la adhesión a la dieta en pacientes con presión arterial elevada***. Dicho programa forma parte de la Tesis de pregrado de Psicología, titulada: ***Estudio exploratorio de los efectos del suministro de información y un programa cognitivo-conductual sobre la adherencia a la dieta en pacientes con presión arterial elevada***, la cual se encuentra bajo la tutoría del Lic. Victor Espinoza.

Cabe señalar, que dicho programa será aplicado que en un intervalo de cuatro (4) días consecutivos, durante los cuales se realizarán las sesiones necesarias para la consecución integral del mismo. Dichas sesiones (cuatro, en total) tendrán una duración aproximada de 60 minutos cada una.

Sin más a que hacer referencia y agradeciendo de antemano su colaboración, se suscriben,

Atentamente,

Armino Gomes
Tesisista

Lucena Ninel
Tesisista

Francisco Javier Amaro Pérez
Tesisista