

Prevención, técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y otros factores de riesgo

Francisco Javier López González

Licenciado en Psicología
Especialidad Psicología Clínica y de la Salud
Centro Clínico Hélike
Alicante, España



Ver perfil del autor

Artículo publicado el 29 de mayo de 2007

Resumen

Objetivo

Exponer las técnicas o estrategias psicológicas que se utilizan en modificación de conducta para el control, la prevención e intervención de la hipertensión arterial (HTA), haciendo una revisión crítica y una propuesta de tratamiento.

Introducción

Obviando la parte necesaria del tratamiento médico, los psicólogos clínicos, en nuestra formación biológica (fundamentos biológicos de la conducta, primero, y psicofisiología, después, incluida en los últimos planes curriculares, estudiamos -entre otras cosas- que el SNA, concretamente la rama simpática - información que no es ocioso recordar - nos la proporciona el modelo biomédico), podemos jugar un papel importante en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular, sobre todo en los "*factores de riesgo hemodinámicos*".

Una alternativa al desarrollo del trastorno coronario la constituye la hipótesis de Obrist (1981), según la cual, en los primeros momentos del trastorno hipertensivo, es la actividad beta-adrenérgica, (mediada por comportamiento) la que controla las elevaciones de la presión arterial, enmascarando la presencia de componentes vasculares por la vasodilatación, componentes que sólo con el paso del tiempo se harán evidentes.

La hipótesis inicial de Obrist se documenta en el trabajo de Julius y Esler (1975), donde se defiende la tesis de que la mayoría de aberraciones cardiovasculares observadas en la hipertensión limítrofe pueden ser explicadas por un mecanismo neurogénico (excesiva activación beta y decrementos sinérgicos del tono vagal). Obviamos, por tanto, hacer referencia a todos los trastornos y enfermedades que puede causar en los diferentes órganos-diana el hecho de mantener en el tiempo una hipertensión limítrofe o de grado 2.

Para una información más detallada sobre esta hipótesis y las que posteriormente surgieron acúdase a Obrist (1981,

1982) y Obrist et al. (1983a, 1983b).

Tratamiento psicológico: (técnicas)

Nosotros, como psicólogos clínicos y de la salud, o modificadores de conducta, debemos que la reactividad que se supone en la mayoría de los sujetos es reforzada tanto social como materialmente, con lo cual, ya entraríamos a considerar estrategias que intervengan sobre los "*factores de riesgo psico-sociales*", ya que las condiciones generadoras de la elevación se mantienen o son potenciadas por el tiempo, con lo cual, o en cuya consecuencia, la presión se ve elevada con mayor frecuencia. Es decir, una persistencia (por ejemplo) en comportamientos que impliquen "afrentamiento activo" (estrés: el sujeto se ve desbordado o sin capacidades para hacer frente a las urgencias del medio. *Ansiedad*: el paciente tiene un componente cognitivo de temor infundado o desadaptativo que disminuye su capacidad de obrar y le incapacita; *depresión*: nuestro paciente no posee o no pone en práctica las habilidades para solucionar cierto problema o conjunto de problemas, de manera satisfactoria; etc.) y frecuentes elevaciones en la presión, daría como resultado un deterioro de los mecanismos de reajuste de las elevaciones en la salida cardiaca y presión sistólica.

De manera que, por ejemplo, un patrón de Conducta tipo-A, donde se esperan sobrecarga, impaciencia, hostilidad competitiva por dependencia social y pérdida de control emocional, o muchos pacientes con trastornos de ansiedad, estrés post-traumático o depresión y, en definitiva, cualquier patología o condición que implique activación psicofisiológica, es o son buen(os) candidato(s) a padecer cualquier evento cardiovascular.

Acto seguido tendríamos que hacer especial hincapié en si las estrategias que utilizan estos ejemplos mencionados, son desadaptativas o ajustadas. Como partimos de la base de que están en estado de "sufrimiento" para paliar éste, por un puro proceso de reforzamiento negativo de la conducta (alivio del malestar), se incrementa o se hace uso del alcohol en exceso; se comen grasas y alimentos hipercalóricos; se incrementa el nº de cigarrillos (si ya se fumaba) y se ingieren otras sustancias estimulantes como el café u otras ilegales, con el mero objeto de rendir más. Por un lado, se usan apaciguadores y, por otro, se necesita energía.

Así pues, entraríamos de lleno en los "*factores facilitadores*". Pensamos que cualquier estrategia psicológica que no se proponga como objetivo incidir interviniendo adecuada y sistemáticamente sobre estos factores, está abocada al fracaso. Por ello, se pasará más tiempo en el bar, en vez de estar en una cancha de tenis; el supuesto relax se convierte en un velado sedentarismo; la ociosidad hace que se fume más, se duerme mal o peor, etc.

1. Técnicas de control de factores hemodinámicos

a. *Control directo*: Las técnicas o métodos directos de control de los factores hemodinámicos se han basado en el uso del biofeedback para la reducción de la presión en sí misma o para actuar sobre ella mediante otras actividades relevantes en la regulación de la misma. El feedback de presión sistólica y diastólica han mostrado ampliamente su eficacia y validez terapéutica desde hace ya algún tiempo (Elder, Leftwich y Wilkerson, 1974), (Blanchard, Young y Haynes, 1975).

b. *Control indirecto*: Históricamente, los métodos indirectos que se han utilizado han sido las técnicas de control de la activación como la relajación progresiva o diferencial de Jacobson (1939), el *entrenamiento autógeno de Schultz*, con instrucciones de autosugestión de calor, pasividad y total relajación (Klumdiess y Eberhardt, 1966) y la *relajación hipnótica* (Friedman y Taub, 1978).

En resumen, aunque nosotros prefiramos utilizar la primera (*relajación de Jacobson*), todas las técnicas comparten un objetivo común, reducir la actividad, especialmente de la tensión muscular (tendríamos que matizar los beneficios psicofisiológicos que ello proporciona) y cobran especial sentido por sus menores requerimientos instrumentales; su utilización se puede realizar conjuntamente con otras técnicas y son escasas las referencias de su empleo en solitario.

2. Técnicas de control de factores psicosociales

Estas estrategias pueden abarcar todo el conjunto de técnicas de modificación de conducta que se utilizan en la actualidad. Ahora bien, los programas o paquetes de tratamiento sobre el manejo de la ansiedad y el estrés son los que más ampliamente se han usado.

Así, el programa terapéutico de Chandra Patel avalado por una serie importante de trabajos experimentales (Patel, 1973; Patel, Marmot y Terry, 1981) incluye: información acerca del trastorno cardiovascular, entrenamiento en relajación autógena y en feedback de actividad electro dérmica, entrenamiento en solución de problemas e instrucciones para aplicar todo lo aprendido con el programa. Al que se le podría añadir -pensamos- y comprobar el peso de ingredientes tales como el entrenamiento en asertividad, habilidades sociales y/o autocontrol.

En lo que se refiere a los factores relacionados al patrón de conducta Tipo-A, se elegiría Terapia Cognitiva, concretamente, la *Terapia Racional-Emotiva* de Albert Ellis, ya que específicamente, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de los clientes/pacientes con este conjunto de patrones de comportamiento disfuncionales, así como en los enfermos coronarios secundarios a él. (Jenni y Wollersheim, 1979).

3. Técnicas de control de factores facilitadores

Todas estas intervenciones se deberían realizar *desde la perspectiva del autocontrol*, (Fernández-Abascal, 1998). Proporcionando información adecuada sobre los efectos de estos facilitadores; ya que por la asintomatología de la HTA y los largos períodos que tardan en hacer efecto estos factores, no siempre es fácil lograr la adherencia a esta parte del programa terapéutico. Es decir, las medidas irían enfocadas a que el paciente pueda "autocontrolar" (previo entrenamiento) la ingesta, por ejemplo, de grasas, alcohol y sodio o, simplemente, modificar su dieta habitual. Igualmente, habrá de controlar el consumo de tabaco y de cualquier sustancia -por ejemplo, fármacos- que pueda tener efectos activos sobre el sistema cardiovascular.

Por ahora, el último punto importante por tener en cuenta es la *cantidad de ejercicio* o actividad física desarrollada, que en caso de resultar insuficiente o inadecuada, deberá modificarse e implementarse con un ejercicio físico que al sujeto no le sea aversivo.

Insistimos en que las "*técnicas de autocontrol*" por emplear (dado que la mayor parte de los factores facilitadores proceden de hábitos alimenticios inadecuados), deberían ser especialmente entrenadas por un psicólogo experimentado, por ser de crucial importancia.

Nuestra propuesta de tratamiento

A tenor de lo expuesto en los epígrafes anteriores, nosotros consideramos que una buena descripción del tratamiento para este tipo de paciente debería incluir al menos una técnica del control de la activación fisiológica (relajación (1), por ejemplo, prescindiendo así del biofeedback), y técnicas de autocontrol (2) como ingredientes *necesarios*. Ahora bien, como no sabemos si son suficientes, utilizaríamos, asimismo, o podríamos incluir en el programa o paquete de tratamiento técnicas de solución de problemas (3).

Si el paciente fuese deficitario en habilidades sociales o no las pusiera en práctica por temor (a hacer el ridículo, por ejemplo), también se le podría entrenar o exponer, según proceda. Asimismo, la asertividad, bien aislada, bien como componente del propio entrenamiento en habilidades sociales, como estilo adecuado de comunicación, debería ser abordada. (Sobre todo a los pacientes que presentan conducta Tipo A, a los que también se les podría encomendar la realización de tareas y estrategias de (guías) de utilización del tiempo*).

Al proponer el paquete o programa de tratamiento en formato grupal, estaríamos exponiendo *per se* a todos los integrantes del grupo o de los grupos (teniendo en cuenta que algunos de ellos pueden presentar problemas de interacción social, y a los demás no afectaría), con lo cual, mediante técnicas de *counseling* u otras como el modelado, tendríamos un punto a favor tanto del paciente a tratar, como nuestro, pudiéndose formar una cohesión grupal que facilitara el proceso terapéutico.

1. *La relajación* puede ser abordada mediante varias técnicas de desactivación psicofisiológica, pero la más utilizada, en sus procedimientos abreviados, ha sido la *relajación progresiva o diferencial de Jacobson*. Alternativamente, se podría entrenar a los sujetos en control de la respiración (lo cual en grupo no llevaría más de 15-20 minutos) con tablas de ciclos de inspiración/retención/expulsión del aire, reduciendo de este modo también la activación fisiológica.

2. *Las técnicas de autocontrol son esenciales*. Con ellas pretendemos que el paciente entienda primero su problema y

luego realice todas aquellas prescripciones higiénico-dietéticas de su médico, de manera autocontrolada y no hetero-controlada; que el paciente sea su propio terapeuta en su proceso de "cura", incrementando así su motivación y la adherencia a los tratamientos. Por ejemplo: ingesta de fármacos, ejercicio físico pautado y sistematizado, no ir a comprar sin haber comido antes -a fin de evitar adquirir alimentos hipercalóricos, abandono de hábitos cardiotóxicos -café, tabaco, alcohol, higiene del sueño, autorregistros de ingesta y gasto calórico, etc.

3. *Estrategias de solución de problemas.* Con ellas podemos hacer que nuestro desanimado paciente se interese y se involucre activa, y no pasivamente, en la solución de los propios problemas inherentes a la vida y que encuentre la solución más adecuada, o que al menos pueda minimizar los perjuicios y maximizar, en lo posible, las ganancias. Se les da a los sujetos -previamente instruidos- un "manual para el cliente/paciente" de tres o cuatro hojas, a fin de que sean capaces de reconocer y clarificar las fases de solución de uno o más problemas. Incluye una fase de "conceptualización", otra de "tormenta de ideas" y otra de "planificación y puesta en práctica" de la solución elegida, teniendo en cuenta que no será la perfecta, pero se acercará a ese ideal de perfección.

(*): *Las guías de organización del tiempo* son unas dos hojas aproximadamente que se les suele dar como "tarea para casa" a los pacientes que sufren de ansiedad generalizada (entre otros trastornos), pero que pueden ser utilizadas en este paquete a fin de que el sujeto tenga percepción de controlabilidad, es decir, que no se preocupe más de lo necesario. Incluyen ejemplos y tipos de actividades como A, B y C; unas deben ser cumplidas sin demora, mientras que otras no son importantes y se podrían aplazar, sabiendo siempre que más tarde o más temprano tendrán que ser ejecutadas.

Discusión y conclusiones

Se observa una gran laguna en la literatura especializada desde que se empezaron a emplear en trastornos cardiovasculares las técnicas psicológicas (finales de los años 70 y segunda mitad de los 90, respectivamente). No sabemos muy bien si esto es debido al surgimiento de los nuevos fármacos anti-hipertensos, pero programas similares han demostrado su eficacia hasta en un 70% de los casos, (Fernández-Abascal y Pozo, 1990) y desconocemos si la razón de peso para su no mantenimiento o utilización en formato grupal es la limitación en el tipo de recursos (tanto humanos como materiales), que pueda hacer que su uso quede restringido a hospitales y grandes centros de salud, y la política que pueda existir al respecto. Así, a tal fin, se podría reducir el tiempo de empleo de las técnicas (v. gr. método abreviado de relajación), y ser parsimonioso en su aplicación a la par que efectivo, manteniendo una serie de sesiones recordatorias (además de las de seguimiento) si hiciere falta, pero siempre prescindiendo al máximo de elementos innecesarios o presumiblemente inocuos.

Del mismo modo, deberíamos pensar que si este tipo de pacientes se ve beneficiado de nuestro tipo de intervención, los costes para los hospitales y el Sistema Sanitario, a buen seguro se verían también reducidos (fármacos, días de hospitalización, etc.), aumentarían la adherencia a los tratamientos farmacológicos e higiénico-dietéticos y si ésta es escasa, al prescindir de algunos componentes del "paquete" también se vería beneficiada por las mismas razones.

Para concluir, sería conveniente hacer una amplia metodología que pudiese servir a los efectos de observar cuáles de los "ingredientes" del programa de tratamiento son "activos" (mediante una estrategia de desmantelamiento, por ejemplo) y así poder obtener unos niveles adecuados no sólo de eficacia y efectividad, sino también de *eficiencia*.

Bibliografía

- Blanchard, E.B.; Young, L.D. y Haynes, M.R. (1975). A simple feedback system for the treatment of elevated blood pressure. *Behaviour Therapy*, 6, 241-245.
- Elder, S.T.; Leftwich, D.A. y Wilkerson, L.A. (1974). The role of systolic vs. diastolic contingent feedback in blood pressure conditioning. *Psychological Record*, 24, 171-176.
- Fernández-Abascal, E.G. (1998). Trastornos cardiovasculares. En: Vallejo, M.A. *Manual de terapia de conducta (Vol. II)*. Madrid: Dykinson.
- Fernández-Abascal, E.G. (2000). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipertensión arterial. En: Buceta, J. M.; Bueno, A. M. y Mas, B (Eds.). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Fernández-Abascal, E.G. y Pozo, A. (1990). *El tratamiento de la HTA en la atención primaria*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia.
- Friedman, H. y Taub, H.A. (1978). A six-month follow-up of the use of hypnosis and biofeedback procedures in essential hypertension. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 184-188.
- Jacobson, E. (1939). Variation of blood pressure with skeletal muscle tension and relaxation. *Annals of Internal Medicine*, 12, 1194-1212.
- Jenni, M. y Wollersheim, J. (1979). Cognitive-Therapy, stress management training and Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 61-73.
- Julius, S. y Esler, M. (1975). Autonomic nervous cardiovascular regulation in borderline hypertension. *The American Journal of Cardiology*, 36, 685-696.
- Klumdiess, G. y Eberhardt, G. (1966). *Results of autogenic training in the treatment of hypertension*. IV World Congress of Psychiatry. Madrid.
- Obrist, P.A. (1981). *Cardiovascular Psychophysiology: a perspective*. Nueva York: Plenum.
- Obrist, P.A. (1982). Cardiac-behavioral interactions: a critical appraisal. En: Cacioppo, J.T. y Petty, R.E. (Eds.). *Perspectives in Cardiovascular Psychophysiology*. Nueva York: Guilford Press.
- Obrist, P.A.; Langer, A.W.; Grignolo, A.; Light, K.C.; Hastrup, J.L.; McCubbin, J.A.; Koepke, J.P. y Pollak, M.H. (1983a). Behavioral-cardiac interactions in hypertension. En: Krantz, D.S.; Baum, A. y Singer, J.E. (Eds.). *Handbook of Psychology and Health: cardiovascular disorders and behaviour*. Hillsdale: L.E.A.
- Obrist, P.A.; Langer, A.W.; Light, C. Y Koepke, J.P. (1983b). A cardiac-behavioral approach in the study of hypertension. En T.D. Dembroski, T.H. Schmidt y G. Blumchen (eds.) *Biobehavioral Bases of Coronary Heart Disease*. Basel: Karger.

Patel, C.H. (1973). Yoga and biofeedback in the management of hypertension. *Lancet*, 2, 1053-1055.

Patel, C.H.; Marmot, M.G. y Terry, D.J. (1981). Controlled trial of biofeedback-aided behavioural methods in reducing mild hypertension. *British Medical Journal*, 6281, 1005-1008.