

TEMA 3: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3.- EVALUACIÓN COMPORTAMENTAL

El sistema de evaluación más comúnmente utilizado, ha sido la mera distinción entre normotensión e hipertensión. Sin embargo, tanto dentro de los normotensos como de los hipertensos, podemos encontrar distintos grados.

Por el contrario, el establecer un número mayor de entidades clasificatorias, hace más compleja la evaluación, pero, a su vez, la información obtenida es mucho más precisa.

Las mediciones "casuales" o asituacionales, que se realizan en el entorno clínico son habitualmente superiores, sobre todo la p. sistólica, a las mediciones realizadas en el ámbito natural del paciente. Además de evaluar los factores hemodinámicos del paciente, será necesario evaluar los factores psicosociales y facilitadores que estén incidiendo en el mantenimiento de una presión arterial elevada.

3.1.-EVALUACIÓN DE FACTORES HEMODINÁMICOS

Existen distintos momentos o fases en el establecimiento de la hipertensión esencial:

- presión normal.
- presión normal-alta o reactiva
- Limítrofe y grado 1
- Cronificada y grado 2 y 3.

Para realizar la evaluación habrá que obtener información de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica, y de la frecuencia cardíaca (a veces se usa como estimación de la presión por ser más fácil su medición).

Condiciones de la medición:

- Medición basal: sirve como línea de base. Para su realización puede utilizarse un periodo de 10-20 minutos de *relajación*.
- Medición bajo influencias beta u alfa adrenérgicas: Utilizando condiciones de *afrontamiento activo*.

Los cambios fisiológicos que aparezcan, nos permitirán determinar los componentes implicados en la elevación de la presión, y la fase hemodinámica en la que se encuentra la persona. Para ello, compararemos los resultados de la tasa cardíaca y presión arterial, para las condiciones de afrontamiento activo y pasivo.

□ La diferenciación entre una presión normal y una normal-alta o reactiva:

- La tasa cardíaca se elevará entre un 10-12% en ambas condiciones en el caso de la presión normal y en el afrontamiento pasivo de la presión reactiva. En el afrontamiento activo de la presión reactiva, se elevará entre un 20-25%.
- La presión sistólica se elevará entre un 5-8% en el caso de la presión normal y afrontamiento pasivo de la presión reactiva, y entre un 8-13% en el afrontamiento activo de la presión reactiva.

▣ **Entre la presión normal-alta y la presión límite:**

En todos los casos los reactivos recuperan antes, y los límites mantienen más tiempo las elevaciones.

- En el caso del afrontamiento activo, la presión sistólica se elevará entre un 13-15% en la límite, y la diastólica entre un 8-13% (en reactivo entre un 5-8%).
- Para el afrontamiento pasivo, los límites presentarán elevaciones en la presión diastólica superiores a los reactivos.

▣ **Entre una hipertensión límite y de grado 1 e hipertensión de grados 2 y 3 o crónica:**

- Afrontamiento activo: elevaciones equivalentes en presión sistólica y diastólica de los crónicos en torno a 13-15%, frente a una mayor elevación de la presión sistólica en la límite.
- La tasa cardíaca presentará las mayores elevaciones en la hipertensión límite entre un 20-25%, mientras que en la crónica estará entre 10-12%.

Cuanto más semejantes sean las elevaciones de las presiones sistólica y diastólica, o menores diferencias en ésta última entre afrontamiento activo y pasivo, mayor elevación de las resistencias periféricas, y por tanto, mayor cronicación del trastorno.

3.2.- EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

En función de la fase de establecimiento del trastorno, habrá que evaluar a unos u otros factores psicosociales.

De forma general, habrá que detectar si se han producido cambios en las situaciones o estilos de vida, especialmente, el estrés relacionado con el trabajo o con la familia, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, el autocontrol, la capacidad de resolver problemas, y los factores de personalidad.

El **patrón de conducta Tipo-A**, en determinadas situaciones se presenta como una *medida válida de reactividad y riesgo hipertensivo*.

Se caracteriza por: sobrecarga, impaciencia, hostilidad competitiva, dependencia social, pérdida de control, etc.

Se evalúa mediante la Entrevista Estructurada de Friedman y Rosenman.

3.3.- EVALUACIÓN DE FACTORES FACILITADORES

La evaluación sobre hábitos alimenticios y número de cigarrillos/día, se realizará mediante *autoobservación y autoregistro*.

En el caso de hábitos alimentarios se anotará el tipo de alimentos, la cantidad de sodio que contienen, la proporción de grasas y el valor calórico, así como un control diario del peso.

El autoregistro se mantendrá durante el proceso terapéutico, durante el cual se añadirá un apartado para anotar el objetivo o meta a lograr.

3.4.- REGISTRO DE LA PRESIÓN

Es conveniente realizar un registro continuado de los niveles de presión arterial, tanto durante el periodo de evaluación, como durante el tto.

Es necesario que el propio sujeto realice en 2 o 3 momentos del día, mediciones de la presión sistólica y diastólica, y anote los valores y el estado emocional en el que fueron realizadas (realizar varias medidas hasta que se establezcan los valores, debido a los efectos reactivos de la propia medición).

4.-TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

Con la información obtenida en la evaluación se puede realizar una estimación del patrón hemodinámico que presenta la persona, y así saber los mecanismos implicados (corazón, vasculatura, riñón).

Para el tto, deberán emplearse **técnicas más específicas cuanto más puntuales y fásicos sean los mecanismos**, y más generales cuanto más tónicos sean.

Caso especial: Las presiones de la categoría normal-alta en las cuales aun no se ha producido un trastorno a tratar. Sería posible realizar un *tto preventivo* enfocado a eliminar la reactividad y los restantes factores que pudieran desembocar en el desarrollo de una hipertensión.

4.1.- TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE FACTORES HEMODINÁMICOS

4.1.1.- CONTROL DIRECTO

Los métodos directos se han basado en técnicas de feedback para la reducción de la presión en sí misma, o para actuar sobre ella mediante otras actividades, o índices especialmente relevantes en la regulación de la presión.

▣ **Feedback de presión sistólica y diastólica:**

Ha mostrado su validez terapéutica.

Sin embargo, la forma de medida no invasiva presenta problemas para su utilización en entrenamiento de feedback, por lo que se han creado **sistemas de detección específicos**: *sistemas de ciclo rápido, sistemas oscilométricos, sistemas de doble manguito, sistemas de presión constante o sistemas de manguito con rastreo*.

La solución adoptada ha sido el empleo de **índices de la medida no invasiva**:

- Velocidad de la onda de pulso detectada entre la arteria braquial y radial ⇒ **índice de presión diastólica y/o media**.
- Tiempo de tránsito del pulso, detectado entre la onda R del ECG y el pulso radial ⇒ **índice de presión sistólica**.

Estas alternativas son las más empleadas actualmente, tanto para reducir los niveles tónicos como fásicos.

▣ El interés por el control de las actividades relacionadas con la **contractilidad miocardial**, ha hecho que se utilicen **otros índices**:

- Amplitud de la onda T del ECG.
- Periodo de pre-eyección miocardial.
- Tiempo de tránsito del pulso entre la onda Q del ECG y el flujo sanguíneo periférico.

Su empleo está indicado para el control de la presión normal-alta o de la presión limítrofe.

Presentan problemas metodológicos, por lo que se sustituyen por la tasa cardiaca, que es más imprecisa por reflejar efectos tanto adrenérgicos como colinérgicos.

▣ Para controlar el **metabolismo miocardial** se ha utilizado un feedback compuesto de presión sistólica y tasa cardiaca.

Resultados no concluyentes y empleo restringido.

Resumen: Las técnicas directas pretenden ejercer cambios específicos sobre la actividad hemodinámica. Se pueden emplear para reducciones tónicas y fásicas, y pueden ser utilizadas en

cualquier fase de la hipertensión, aunque algunas no tendrían sentido en las primeras fases (feedback de presión diastólica), ni otras en la hipertensión cronicada (feedback de contractilidad miocárdial).

4.1.2.- CONTROL INDIRECTO

El tipo de técnicas empleadas abarcan desde la relajación y meditación hasta entrenamientos en feedback.

□ **Técnicas de relajación:**

Han probado su eficacia en la reducción de los niveles tónicos de la presión.

Comprenden:

- *Relajación progresiva* y variantes como relajación condicionada al metrónomo.
- *Entrenamiento autógeno* (fases de autosugestión de calor, pasividad y relajación total).
- *Relajación hipnótica*.

□ **Técnicas de meditación**, basándose en ejercicios de *yoga*, *meditación trascendental*, la *respuesta de relajación* y la *relajación psicológica*.

Pueden ser beneficiosas pero no en todas las fases:

- Sí en las primeras etapas de establecimiento.
- Contraindicada en etapas de cronicación.

□ **Entrenamiento en feedback** de respuestas fisiológicas indirectamente relacionadas con la regulación de la presión:

- Feedback de *EMG frontal*.
- Feedback de la *actividad electrodérmica*.
- Feedback de *temperatura periférica*.

Siempre como parte de ttos más amplios, por lo que no se sabe su contribución aislada.

□ **REST: Terapia de Estimulación Ambiental Restringida:**

Se aplica en algunos casos conjuntamente con relajación progresiva.

No conclusiones sobre su efectividad por su corta existencia.

Todas las técnicas indirectas tienen en común que buscan la reducción de la actividad, especialmente de la tensión muscular, y que focalizan la atención hacia un punto (externo o interno). A pesar de tener efectos menos específicos que los ttos directos, tienen menos requerimientos instrumentales y pueden utilizarse junto a otras técnicas.

4.2.- TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE FACTORES PSICOSOCIALES

Abarcan todo el abanico de técnicas existentes en Modificación de Conducta, pero, los programas de manejo de ansiedad y estrés, son los que presentan mayor incidencia y mejores resultados.

El programa de Chandra Patel es el más difundido. **Consta de:**

- Entrenamiento en *relajación autógena*.
- Entrenamiento en *feedback de actividad electrodérmica* (a veces se sustituye por alguna técnica directa de control de factores hemodinámicos).
- *Información* sobre el trastorno.
- Entrenamiento en *solución de problemas*.
- Instrucciones para *aplicar lo aprendido* a situaciones reales.

Según los casos, se añaden:

- Entrenamientos en asertividad.
- Habilidades sociales.
- Autocontrol, etc.

Respecto a factores relacionados con el patrón de conducta Tipo-A, las técnicas cognitivas se han mostrado eficaces en su reducción, especialmente la *Terapia Racional-Emotiva*.

4.3.- TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE FACTORES FACILITADORES

Las técnicas van **enfocadas a:**

- Controlar la ingesta (alcohol, café, sodio, grasas) y de la dieta para mantener un peso normal y estable.
- Control del consumo de tabaco y de cualquier sustancia (fármacos).
- Cuando la actividad física sea insuficiente se entrenará en ejercicios físicos.

Todas éstas intervenciones se realizarán mediante técnicas de autocontrol, haciendo hincapié en proporcionar información sobre los efectos de éstos facilitadores, pues no siempre es fácil lograr la adherencia al tto.

4.4.-DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

El programa de intervención deberá ser individualizado, teniendo en cuenta los distintos factores que intervienen. La actuación parcial no garantizará el éxito.

Problema adicional: La posible medicación que esté tomando el paciente.

Cuando los fármacos sean diuréticos, no influirán críticamente sobre la evaluación y el tto, pero, cuando sean *de tipo beta-bloqueante*, la evaluación hemodinámica de la presión normal-alta y su tto se verá gravemente afectada.

5.- GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica debe realizarse con una **primera entrevista** en la que se delimitará el problema, su historia y si la presión está controlada en ese momento.

Atención a las condiciones farmacológicas que puedan producir elevaciones de la presión o interacción (AINES, antidepresivos, simpaticomiméticos, esteroides, etc.).

PASOS O ETAPAS

1. **EVALUACIÓN SITUACIONAL DE LA PRESIÓN ARTERIAL:**

Hay que efectuar una evaluación situacional de los niveles de presión arterial que presenta el paciente a su llegada al tto.

Precaución: Algunas personas diagnosticadas de hipertensas son en realidad reactivas a las condiciones de medida.

Para controlarlo es conveniente:

- *Realizar una medición de la presión que nos permita verificar si se están dando activaciones emocionales:* utilizando de manera simultánea otro índice de la activación emocional como la conductancia de la piel o la frecuencia cardíaca.
- *Llevar a cabo la medida en un contexto distinto al clínico:* utilización de un sistema de medida ambulatoria (que proporcione un muestreo a lo largo de 24 horas, cuyos promedios no deben diferir de las estimaciones determinadas en clínica), o entrenamiento del paciente en el uso de esfingomanómetro de lectura automática para que cumplimente un autorregistro, durante distintos momentos del día y en distintas condiciones.

La reactividad de medida es causante de la "***hipertensión de bata blanca***".

En éste caso se puede realizar una intervención utilizando **DS**, con una jerarquía de situaciones de medida y de las sensaciones que el paciente siente bajo el manguito de presión durante el proceso. No siempre nos lleva a obtener reducciones significativas.

2. **CONFLUENCIA DE FACTORES DE RIESGO CORONARIO:**

Hay que verificar si, conjuntamente con la hipertensión, se dan otros factores de riesgo, en cuyo caso, el tto deberá abordarse desde una perspectiva más general de prevención de factores de riesgo cardiovascular.

- Hipertensión + 1 o 2 factores \Rightarrow *Riesgo medio*.
- Hipertensión + 3 o 4 \Rightarrow *Riesgo alto*.
- Hipertensión + 4 o más \Rightarrow *Riesgo muy alto*.

3. **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA:**

El tto no farmacológico de la hipertensión se fundamenta en una intervención en **2 etapas secuenciales**:

a) **Fase de intervención primaria**: Realizada por personal y medios no especializados.

b) **Fase secundaria**: Realizada por personal y medios especializados.

FASE DE INTERVENCIÓN PRIMARIA:

- Técnica basada en **métodos directos** para el control de la presión arterial, para conseguir una reducción de la actividad simpática y del tono muscular.
Tiene pocos requerimientos instrumentales, pero, su utilización presenta su máxima efectividad, cuando se utiliza conjuntamente con otras técnicas de apoyo.
- Respecto a las **técnicas indirectas**:
 - Las técnicas de relajación han mostrado su efectividad en la reducción de los niveles tónicos de la presión arterial.
 - Las técnicas de meditación, en las primeras etapas de establecimiento.
 - El entrenamiento en biofeedback de EMG, de la actividad electrodérmica y de temperatura periférica, conjuntamente con otras técnicas.
- **Técnicas para el control de factores psicosociales y factores facilitadores.**

Un posible paquete terapéutico en ésta primera etapa:

- *Establecer tan sólo una breve línea de base* de una semana de duración de los propios niveles de presión arterial, y mantener ésta evaluación durante todo el tto como control de sus efectos.
- El paquete se aplicaría *de forma estandarizada* y estaría compuesto por:
 - Una técnica indirecta: relajación progresiva.
 - Una técnica de actuación sobre los factores psicológicos: entrenamiento en resolución de problemas.
 - Un programa para el control de la ingesta: consumo de Na, grasas y sust. cardioactivas.
 - Control de ejercicio físico: Ejercicios aeróbicos moderado (el ejercicio isométrico debe ser evitado).

Si una vez terminado este tto, el paciente no presenta mejoría, se pasaría a la segunda etapa de tto, que deberá realizarse en un centro especializado.

4. **EVALUACIÓN ESPECÍFICA:**

Realización de una evaluación especializada de factores hemodinámicos, para establecer el grado de cronificación de la hipertensión, así como la evaluación de otros factores que puedan estar implicados en el mantenimiento del trastorno.

La realización de la **evaluación comportamental** implica **2 partes** claramente diferenciadas:

a) **Evaluación psicofisiológica de los factores hemodinámicos.**

- b) Evaluación de los factores psicológicos y los asociados, que puedan estar incidiendo en el mantenimiento de la elevación de la presión.

5. **INTERVENCIÓN ESPECÍFICA**

Tto especializado, establecido en función de la información obtenida mediante la evaluación.

6. **SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN:**

- Realización de un seguimiento y control de los efectos de la intervención, no sólo al terminar ésta sino especialmente, cuando el tto se da por terminado en el paso 3 tras la intervención primaria exitosa.
- Realización de sesiones de mantenimiento, pues pueden producirse recurrencias. Entre 6-8 meses durante los 2 años siguientes.

7. **HIPERTENSIÓN CONTROLADA FARMACOLÓGICAMENTE**

En el caso de hipertensión bajo control farmacológico, hay **2 objetivos terapéuticos**:

1. **Aumento de la adherencia al tto médico**: Solo un 44% de las hipertensiones diagnosticadas siguen un tto médico, y solo un 23% se encuentran controladas. La razón es el incumplimiento de las prescripciones farmacológicas.
2. **Reducción de la medicación**: El entrenamiento en *biofeedback de temperatura periférica* es el tipo de intervención que ha presentado mejores resultados en éste campo.