

DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ACUERDO A VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO MÉDICO CORPAS NIZA

PATRICIA GÓMEZ*, JULIANA HERNÁNDEZ SUÁREZ**, OSCAR UTRIA RODRÍGUEZ & HÉCTOR RICARDO JIMÉNEZ***
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ

FECHA RECIBIDO: 03/03/08

FECHA ACEPTADO: 15/04/08

RESUMEN

Esta investigación es de tipo descriptivo, de corte comparativo, se identificaron las estrategias de afrontamiento de 53 pacientes hipertensos que asisten al Centro Médico Corpas Niza, para ello se utilizó la escala de Estrategias de *Coping* Modificada, EEC-M realizada por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006). El estudio se realizó teniendo en cuenta variables como: género, edad, escolaridad y tiempo de diagnóstico. El análisis de resultados se realizó a partir del análisis descriptivo, la comparación de medias a través de la prueba T y el análisis Anova y múltiples comparaciones con la prueba post hoc. No se encontraron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento, excepto en la estrategia denominada expresión de la dificultad de afrontamiento. Sin embargo, la estrategia más utilizada por la muestra fue religión y la menos utilizada fue reacción agresiva.

Palabras claves. Salud, enfermedad crónica, hipertensión arterial, estrategias de afrontamiento.

* Estudiante Universidad de San Buenaventura. patriciag42@hotmail.com

** Estudiante Universidad de San Buenaventura. julianahersu@gmail.com

*** Docentes asesores.

ABSTRACT

This research of descriptive type, of comparative cut, the strategies were identified the strategies of coping of 53 hypertense patients who are present at the Medical Center Corpas Niza, for it was used it the scale of Strategies of Modified Coping, EEC-M carried out by Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006). The study was carried out keeping in mind variables as: gender, age, schooling and time of diagnostic. The analysis of results was carried out starting from the descriptive analysis, the comparison of stockings through the test T and the analysis Anova and Post Hoc Multiple Comparisons. They were not significant differences in the coping strategies, except in the strategy denominated expression of the coping difficulty. However the strategy more used by the sample it was religion and the fewer used it was aggressive reaction.

Key Words. Health, chronic illness, arterial hypertension, coping strategies.

Actualmente, el sentido preventivo y el diagnóstico precoz de las enfermedades cardiovasculares, así como de sus factores de riesgo, representan una prioridad en Colombia, constituyéndose en una valiosa herramienta para la disminución de las altas tasas de morbi-mortalidad ocasionadas por este tipo de trastornos. La Hipertensión Arterial (HTA), es el principal factor de riesgo de las enfermedades renales y cerebrovasculares, por lo cual su detección y adecuado manejo representan un logro en la prevención de dichas enfermedades. En América Latina y específicamente en Colombia las enfermedades cardiovasculares han venido emergiendo como problema de salud pública y han adquirido una importancia destacada en la morbilidad y en la mortalidad. Esto se explica, en parte, por el descenso de la incidencia de las enfermedades transmisibles, el aumento de la esperanza de vida, la influencia de los factores socioculturales ligados al progreso de la urbanización e industrialización y a los cambios en la forma de vida de las comunidades (Montoya & Arango, 1996).

La prevalencia de la HTA en Colombia es del 18 al 20%, un porcentaje bastante significativo si se tiene en cuenta que se ha incrementado a lo largo del tiempo debido a los múltiples factores de riesgo para dicha enferme-

dad; a este incremento contribuye la falta de un diagnóstico oportuno, ya que las personas no consultan precozmente, pues no hay manifestaciones sintomáticas que alerten al individuo. En Colombia, históricamente se le ha dado mayor importancia a la mortalidad por violencia que a otro tipo de causas de enfermedad y muerte. Sin embargo, si se consolidan los reportes de mortalidad por causas violentas y se contrastan con la cifras de defunciones ocurridas por algunas enfermedades crónicas, puede apreciarse que estas últimas superan a la mortalidad por causa violenta y que, de la misma manera, sus porcentajes aumentan con respecto a los años anteriores (Secretaría Distrital de Salud, 2004).

En Colombia, en la década de los años 80, se dio un amplio movimiento progresivo en la inserción de la psicología al ámbito de la salud, que condujo a la consolidación y desarrollo extenso de una psicología clínica de la salud, con énfasis en actividades de prevención secundaria y terciaria, y a la superación de la etapa de realismo ingenuo. Hechos que confirman la anterior afirmación, entre algunos dignos de mencionar, son: a) La creación de amplios grupos de trabajo profesional en centros de atención en salud como el Hospital Militar Central de Bogotá, b) El surgimiento de las cátedras de psicología de la salud en los programas formales de psicología, con el incremento consiguiente de proyectos de investigación, programas de extensión, y tesis de grado sobre tópicos propios de la psicología de la salud, c) La realización de gran cantidad de foros, conferencias, simposios, seminarios y congresos relacionados con la psicología de la salud. A principios de la década de los 90 se continuó la misma tendencia. En 1990 se fundó la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud –ASOCOPSI– y se instauraron los concursos colombianos de investigación en psicología de la salud. Lo que llevamos de la primera década del siglo XXI muestra un considerable avance y consolidación de la docencia y de la investigación en psicología de la salud en las universidades colombianas donde se enseña (Flórez, 2006).

Teniendo en cuenta la importancia y evolución de la psicología de la salud, es relevante tener en cuenta el tema de la promoción de la salud, es

necesario entenderla como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud física y psíquica de los individuos y las colectividades. Está relacionada con los ámbitos sociales y apunta hacia el bienestar comunitario, estimula la exposición a factores protectores de la salud y promueve la adopción de estilos de vida saludables por parte de grupos humanos extensos (Ministerio de Salud, 1996).

Teniendo clara la importancia de la concepción y entendimiento de la salud en el modelo salutogénico propuesto por Antonovsky (1996), se plantea una aproximación complementaria al enfoque de la patología y cuyo objetivo es la búsqueda de las causas de la salud. La hipótesis central de este modelo es que entre más alto es el "sentido de coherencia", más adecuada será su capacidad para afrontar los estresores psicosociales existentes. El sentido de coherencia dentro de este modelo se define como la percepción emocional-cognitiva de parte del individuo hacia estímulos que recibe, sean más o menos controlados por el sujeto; bajo esta definición, un fuerte sentido de coherencia permite evitar estresores o considerar como un desafío u oportunidad a los estímulos ineludibles, favoreciendo o no a un entendimiento óptimo de calidad de vida.

En Colombia, la calidad de vida ha sido estudiada en enfermedades crónicas como el cáncer (Restrepo, 2000; Novoa, 2002; Novoa, Cruz, Rojas & Wilde, 2003; Vinaccia & Arango, 2003), la artritis reumatoidea (Vinaccia, Tobón, Cadena & Anaya, 2004) y la diabetes mellitus tipo II (Salazar, Uribe & Cáceres, 1997, citados por Arévalo, Arrivillaga, Correa & Salazar (2005). Sin embargo, no hay reportes claros y confiables en este contexto sobre la calidad de vida en hipertensos, siendo de suma importancia ya que los pacientes bajo tratamiento o que participan en grupos de intervención, están en constante interacción con profesionales de la salud, lo que les permite resolver dudas y tener sentimientos de control y experticia sobre su enfermedad. No obstante, se hace necesaria una mayor evidencia empírica del efecto de estas intervenciones sobre la

calidad de vida de las personas hipertensas, en tanto que los resultados han sido muy variables

Según la Secretaría Distrital de Salud (2004), la prevalencia de HTA auto-reportada por los adultos, fue de 13,7% (12,2% en hombres y 14,4% en mujeres); de estos informados como con HTA sólo 31,9% tenía tratamiento farmacológico, en su mayoría Captopril, y 57,4% hace control al menos una vez al año. La proporción de informados con HTA aumenta con la edad, pasando de 8,5% en los de 18 a 24 años a 34% en los mayores de 55.

El concepto de afrontamiento es necesario asumirlo como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Los esfuerzos para ejercer control sobre las situaciones son sinónimo de afrontamiento, por otro lado, el control en el sentido de creencias generales y/o situacionales que actúa influyendo en los procesos de evaluación (Lazarus & Folkman, 1986).

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos que se dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales (Arjona & Guerrero 2001).

Para profundizar y entender conceptos como estilos y estrategias de afrontamiento es necesario comprender la diferencia entre estos dos constructos; siendo las estrategias procesos concretos que se usan en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento. Los estilos de afrontamiento se definen como formas de tipo personal, en relación con las situaciones, la frecuencia de uso en el abordaje de situaciones, que son difícilmente modificables; es el equivalente

al concepto de Rasgo, siendo la estrategia el equivalente al concepto de Estado (Fernández-Abascal, 1997).

Los estudios que se han realizado sobre afrontamiento han llevado a conceptualizar tipos y dimensiones de la personalidad que han pasado a denominarse estilos y estrategias. En los estudios realizados se centran en tres estilos de afrontamiento, de los cuales dos son considerados como productivos o funcionales, uno de ellos es "solución de problemas", que refleja la tendencia a abordar las dificultades de una manera directa; el otro es "búsqueda de soporte social", que implica compartir las preocupaciones con los demás y buscar soporte en ellos. El último estilo es el "afrontamiento no productivo" y es disfuncional ya que las estrategias pertenecientes a éste no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose más bien a la evitación. En el primer grupo de estilos se encuentran las siguientes estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí. El segundo comprende las estrategias: buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar apoyo profesional. El último estilo comprende las estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse (Solís & Vidal, 2006).

En la investigación llevada a cabo por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006), se realizó la adaptación de la escala de Estrategias de *Coping* (EEC-R) la cual será utilizada en la presente investigación. En la escala se determinaron 12 estrategias que se explican a continuación.

1. Solución de problemas. Esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Algunos autores han identificado esta estrategia como Planificación o Resolver el problema, en la que se movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema.

2. **Apoyo social.** Esta estrategia refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés. Hallarse integrado en una estructura social es esencial para que el individuo pueda sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida. Además, el apoyo social actúa como freno inmediato del estrés y de sus consecuencias somáticas destructivas. El apoyo social puede ser útil para prevenir el estrés al hacer que las experiencias dañinas o amenazantes lo parezcan menos, o bien proporcionan recursos valiosos para su afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido, eliminando o reduciendo el propio estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación estresora y/o atenuando la experiencia de estrés si ésta ya se ha producido. La integración en redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal, empleo del sistema sanitario, y, en definitiva, mejora de la salud física y mental (Lazarus & Folkman, 1986).
3. **Espera.** Esta estrategia se define como una estrategia cognitivo-comportamental dado que se procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo. El componente se caracteriza por considerar que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo, hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema.
4. **Religión.** El rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. La creencia en un Dios paternalista permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad (Lazarus & Folkman, 1986).
5. **Evitación emocional.** Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. El objetivo

- de esta estrategia es evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa. Algunos autores se refieren a esta estrategia como control emocional, refiriéndose a la movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos (Fernández-Abascal 1997).
6. Apoyo profesional. Esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo. Se considera como un tipo de apoyo social. Conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejora el control percibido de la situación. Existen diferencias en la capacidad y en las estrategias de que dispone el individuo para dominar las demandas sociales y vislumbrar los recursos existentes. Las ayudas dispuestas por un grupo social, optimizan el uso de los recursos sociales, aunque esto depende de las coacciones que se encuentran en cada grupo social (Lazarus & Folkman, 1986).
 7. Reacción agresiva. Esta estrategia hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, se autoreprochan o emplean cualquier otra forma de autocastigo. En otros casos, los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno emocional para precipitarse a sí mismos a la acción como cuando los atletas se autodesafían para competir (Lazarus & Folkman, 1986).
 8. Evitación cognitiva. A través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Se evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades. Fernández-Abascal (1997) refiere esta estrategia dentro de tres utilizadas frente al estrés: desconexión mental, distanciamiento

- y negación. La desconexión mental se refiere al uso de pensamientos distractores para evitar pensar en la situación del problema. El distanciamiento refiere la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera. La negación describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración.
9. Revaluación positiva. A través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación. Es considerada como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente. Este componente hace referencia a la estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificar los aspectos positivos del problema, tolerar y generar pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación. La amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación. Es una estrategia de afrontamiento activa, enfocada a crear un nuevo significado de la situación del problema (Lazarus & Folkman, 1986).
 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento. Describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés.
 11. Negación. Describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración (Fernández-Abascal 1997). Con esta estrategia se busca comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en

él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

12. Autonomía. Hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

La escala presentada anteriormente permite evaluar los 12 factores, permitiendo establecer predominio de alguna de las estrategias de afrontamiento ya que a lo largo del tiempo se han realizado investigaciones donde se ha visto que algunas estrategias de afrontamiento están asociadas con HTA. Sin embargo, esto no implica necesariamente una relación causal entre las dos variables (Colunga, 2005).

Con relación a lo mencionado previamente, diversos estudios han relacionado los diferentes estilos de coping, o estrategias de afrontamiento, con la reactividad cardiovascular en la presión arterial (PA) o en la tasa cardiaca. En relación con el coping focalizado en el problema, Clark (1997; citado por Molerio, Arce, Otero & Nieves, 2004) encontró que está inversamente relacionado con las respuestas cardiovasculares y fue el más consistente predictor de las mismas, en tareas de charlas estresantes. A mayor utilización de esta estrategia menor PA en relación con el coping focalizado en la emoción, encuentra que está relacionado de forma positiva con la respuesta cardiovascular. A mayor utilización del coping de focalización en los síntomas de la ansiedad, mayor respuesta cardiovascular. Otro estilo de coping que está relacionado con la actividad cardiovascular con incrementos de la presión sistólica es el estilo "evitativo". En una investigación de los sujetos que puntuaron alto en evitación mostraron una mayor puntuación en la presión sistólica, evidenciando además una disociación verbal-autonómica, ya que los autoinformes de ansiedad y las respuestas autonómicas reflejan diferentes sistemas y distintas respuestas ya que parecen no estar relacionados.

Contrariamente Peterson, Tice y Rodgers (2006), dividieron a los sujetos, hombres, según su reactividad al estrés en sujetos normotensos e hipertensos. Los resultados mostraron que los sujetos con exagerada reactividad en la presión arterial usaron menos las estrategias de coping focalizado en la emoción que los sujetos sin reactividad arterial. Así mismo, encontraron que el incremento del uso del coping focalizado en la emoción, sí era seguido por reevaluación positiva para reducir la tensión, correlacionaba con bajos niveles de la línea base. La percepción de los estresores diarios como más estresantes estaba asociado con altos niveles de presión diastólica en la línea base. El afrontamiento activo de tipo cognitivo parece provocar reactividad cardiovascular con incremento en la presión y la tasa cardiaca. La utilización cognitiva para suprimir la expresión emocional, como la rabia, parece tener influencia en la PA. En relación con esto encontró que el uso de la capacidad cognitiva para suprimir la expresión de rabia incrementaba la presión diastólica, en contraste con las personas que reprimían la rabia.

Ya que investigaciones científicas muestran incidencia de estilos de afrontamiento sobre la presión arterial, el propósito de la presente investigación es resaltar la importancia de la identificación no solo de estilos sino de estrategias de afrontamiento de pacientes hipertensos, para la elaboración y posterior desarrollo de planes de prevención, promoción y rehabilitación en los cuales se tengan presentes no solo aspectos médicos, sino propios del individuo y sus cogniciones. Es allí en donde los psicólogos de la salud pueden intervenir en programas de prevención y promoción de la salud con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas con las herramientas que brinda la psicología en materia de modelos y metodologías.

MÉTODO

Diseño

Se realizó una investigación empírico analítica de tipo descriptivo de corte comparativo. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (1998), la investigación descriptiva "es la que mide independientemente los conceptos

o variables a las que se refieren; el propósito del investigador es describir situaciones y eventos; es decir como es y como se manifiesta determinado fenómeno. Además miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar" (p. 60, 61).

Instrumentos

Escala de Estrategias de *Coping* Modificada, EEC-M, realizada por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006). El valor Alfa de Cronbach es de 0,847 y la varianza total explicada fue de 58%. La Escala de Estrategias de *Coping* Modificada, EEC-M, cuenta con 69 ítems los cuales evalúan 12 factores: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía.

Participantes

Los participantes de la investigación 53 pacientes hipertensos, 36 mujeres equivalente al 67,9% de la muestra y 17 hombres equivalente al 32.1% de la muestra. Las personas que participaron en la investigación asisten al centro médico se encuentran adscritas a las EPS Saludcoop y Cruz Blanca.

Procedimiento

La selección de los participantes se realizó teniendo en cuenta los días asignados para consultas médicas para hipertensos, posteriormente se seleccionó la muestra teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya que se tenía acceso a un registro previo con datos como la edad, nombre, cédula y médico asignado, luego de la preselección de los pacientes se abordaban con el fin de explicarles el objetivo de la investigación y así poder contar con su autorización y participación en la investigación.

La aplicación del instrumento escala de Estrategias de *Coping* Modificada, EEC-M, se realizó en el intermedio de la preconsulta y la consulta, en donde

las personas luego de ser examinadas físicamente esperan para ingresar a la consulta con el medico asignado.

El análisis de los datos obtenidos se realizó a través del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentan en tres secciones: la primera, muestra los estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento de la muestra en general, identificando estrategias utilizadas en menor o mayor medida; en la segunda parte se realizan comparaciones de las estrategias de afrontamiento con cada una de las categorías que se establecieron para analizar (género, edad, rangos de tiempo de diagnóstico y escolaridad), por medio de esta comparación se pretende establecer en cuáles de los rangos establecidos se encuentran diferencias. En la tercera sección de acuerdo a la distribución normal de los datos se utiliza el análisis de la prueba t para muestras independientes, por medio de la cual se busca comparar las medias de las estrategias de afrontamiento con la variable género ya que ésta variable tiene dos categorías (femenino, masculino). Para las variables restantes que presentan más de dos categorías se utilizó el análisis ANOVA de un factor para determinar si existen o no diferencias en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a las variables mencionadas.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento de la muestra total.

Estrategias de afrontamiento	Media	Desv. típ.
Solución de problemas	4,83	,91
Búsqueda de apoyo social	3,97	1,32
Espera	3,57	1,32
Religión	5,02	,99
Evitación emocional	3,66	1,31

Esta tabla continúa en la siguiente página —>

Estrategias de afrontamiento	Media	Desv. típ.
Búsqueda de apoyo profesional	3,87	1,74
Reacción agresiva	2,42	1,30
Evitación cognitiva	4,25	1,20
Reevaluación positiva	4,73	1,00
Expresión de la dificultad de afrontamiento	3,11	1,32
Negación	3,45	1,25
Autonomía	2,90	1,49

De acuerdo a la forma de calificación e interpretación del instrumento utilizado para la investigación es pertinente establecer que el valor máximo equivale a 6 y el mínimo 1. Así mismo para la interpretación es necesario considerar las categorías establecidas de acuerdo a la frecuencia en que los participantes utilizan las estrategias de afrontamiento, las cuales son: nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente, casi siempre y siempre, de allí se partirá para hacer la interpretación y posterior clasificación de los valores obtenidos para el análisis correspondiente.

El total de la muestra fue de 53 personas; la mayor puntuación obtenida fue en la estrategia de afrontamiento denominada religión con un valor de 5.02, seguida a esta se encuentra la estrategia de solución de problemas con un valor de 4,83, posteriormente se encuentra la estrategia de reevaluación positiva con un valor de 4,73; estos valores corresponden a la categoría de casi siempre. Finalmente se encuentra la estrategia denominada reacción agresiva con un valor de 2,42 correspondiente a la categoría casi nunca. Según el análisis descriptivo se encuentra significativa la puntuación en la estrategia siendo esta la que más se utiliza por la muestra total de la investigación; sin embargo, para analizar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento específicamente en la denominada religión, más adelante se realizará el análisis correspondiente. Así mismo se encuentra que la estrategia de reacción agresiva es la menos utilizada por los participantes.

Tabla 2. Comparación de las estrategias de afrontamiento con el género del total de la muestra.

	Femenino	Masculino
Estrategias de afrontamiento	Media	Media
Solución de problemas	4,91	4,68
Búsqueda de apoyo social	3,96	3,98
Espera	3,72	3,25
Religión	5,16	4,72
Evitación emocional	3,76	3,44
Búsqueda de apoyo profesional	3,82	3,98
Reacción agresiva	2,07	3,16
Evitación cognitiva	4,38	3,96
Revaluación positiva	4,78	4,62
Expresión de la dificultad de afrontamiento	3,1	3,12
Negación	3,56	3,2
Autonomía	2,9	2,88

Como se observan los resultados, en el género femenino las estrategias más utilizadas son religión con un valor de 5,16, seguida de la estrategia solución de problemas con un valor de 4,91 y la estrategia de revaluación positiva con un valor de 4,78; estos datos equivalen a la categoría casi siempre. La estrategia menos utilizada por las mujeres fue reacción agresiva con el valor de 2,07; correspondiente a casi nunca.

Tabla 3. Comparación de las estrategias de afrontamiento con los rangos de edad de la muestra total.

	36-47 Años	48-58 Años	59-70 Años
Estrategias de afrontamiento	Media	Media	Media
Solución de problemas	4,83	4,84	4,83
Búsqueda de apoyo social	3,92	3,94	4,04

Esta tabla continúa en la siguiente página →

	36-47 Años	48-58 Años	59-70 Años
Estrategias de afrontamiento	Media	Media	Media
Espera	3,39	3,59	3,67
Religión	4,73	4,87	5,39
Evitación emocional	3,62	3,61	3,75
Búsqueda de apoyo profesional	3,44	4,14	3,89
Reacción agresiva	2,69	2,38	2,27
Evitación cognitiva	3,74	4,35	4,51
Reevaluación positiva	4,39	4,75	4,97
Expresión de la dificultad de afrontamiento	3,2	3,3	2,84
Negación	3,14	3,65	3,46
Autonomía	2,71	2,87	3,05

De acuerdo a los resultados se encuentra que al realizar comparaciones entre las variables se encontró que la estrategia de afrontamiento utilizada en el rango de edad entre 36 a 47 años corresponde a solución de problemas, difiriendo de los 2 rangos restantes quienes utilizan la estrategia religión; sin embargo, la diferencia en los datos correspondientes a las medias es mínima así que las estrategias utilizadas de acuerdo al rango de edad son; solución de problemas y religión.

Tabla 4. Comparación de estrategias de afrontamiento con el grado de escolaridad.

	P	B.I	B	T	U
Estrategias de afrontamiento	Media	Media	Media	Media	Media
Solución de problemas	4,76	4,3	4,76	5,03	5,06
Búsqueda de apoyo social	4,08	5,14	4,07	4	3,51
Espera	4,37	3,11	3,44	2,59	3,07
Religión	5,4	3,86	4,98	4,86	4,84
Evitación emocional	4,28	2,75	3,64	2,17	3,41

Esta tabla continúa en la siguiente página →

	P	B.I	B	T	U
Estrategias de afrontamiento	Media	Media	Media	Media	Media
Búsqueda de apoyo profesional	3,74	3,8	4,31	5,53	3,02
Reacción agresiva	2,56	3	2,6	1,13	2,2
Evitación cognitiva	4,36	3,3	4,37	3,27	4,29
Reevaluación positiva	4,64	4,8	4,85	5,13	4,57
Expresión de la dificultad de afrontamiento	3,59	3,13	3,41	1,83	2,37
Negación	3,52	3,83	3,42	2,56	3,54
Autonomía	2,88	2,25	3,13	2,5	2,77

Las abreviaturas en la tabla corresponde a P: primaria; BI: Bachillerato Incompleto; B: Bachillerato; T: Técnico; U: Universitario.

De acuerdo a los resultados se encuentra que en cada uno de los rangos la estrategia más utilizada varía siendo en el primer rango (primaria) Religión; segundo rango (Bachillerato incompleto) Búsqueda de apoyo profesional; en el tercero (Bachillerato) reevaluación positiva; en el cuarto rango (Técnico) Búsqueda de apoyo profesional y en el último rango (Universitario) Solución de problemas. Las estrategias menos utilizadas son reacción agresiva y autonomía.

Tabla 5. Comparación de las estrategias de afrontamiento con los rangos de tiempo de diagnóstico de la HTA de la muestra total.

Estrategias de afrontamiento	1-10 años Media	11-20 años Media	21-30 años Media
Solución de problemas	4,96	4,49	4,33
Búsqueda de apoyo social	4,16	3,5	3,05
Espera	3,55	3,59	3,7
Religión	5,17	4,44	4,95
Evitación emocional	3,61	3,76	3,96

Esta tabla continúa en la siguiente página —>

Estrategias de afrontamiento	1-10 años Media	11-20 años Media	21-30 años Media
Búsqueda de apoyo profesional	4,01	3,42	3,47
Reacción agresiva	2,48	2,1	2,73
Evitación cognitiva	4,38	3,82	3,93
Reevaluación positiva	4,81	4,56	4,27
Expresión de la dificultad de afrontamiento	3,06	3,15	3,58
Negación	3,58	2,93	3,33
Autonomía	2,88	3,15	2,33

De acuerdo a los resultados se observa que en 2 de los 3 rangos de tiempo de diagnóstico de la HTA la estrategia más utilizada fue religión y en el rango medio fue reevaluación positiva. En los dos primeros rangos las estrategias menos utilizadas fueron reacción agresiva y en el último fue autonomía.

Tabla 6. Prueba t para muestras independientes comparación de medias estrategias de afrontamiento y género.

Estrategias de afrontamiento		Prueba de Levene	
		F	Sig.
Solución de problemas	varianzas iguales	,07	,78
Búsqueda de apoyo social	varianzas iguales	,006	,93
Espera	varianzas iguales	,08	,76
Religión	varianzas iguales	3,43	,07
Evitación emocional	varianzas iguales	,58	,44
Búsqueda de apoyo profesional	varianzas iguales	,11	,74
Reacción agresiva	varianzas iguales	2,7	,10
Evitación cognitiva	varianzas iguales	2,4	,12
Reevaluación positiva	varianzas iguales	,65	,42

Esta tabla continúa en la siguiente página →

Estrategias de afrontamiento		Prueba de Levene	
		F	Sig.
Expresión de la dificultad de afrontamiento	varianzas iguales	5,22	,02*
Negación	varianzas iguales	,04	,83
Autonomía	varianzas iguales	,07	,78

De acuerdo a los datos se encuentra que el valor de significancia de cada una de las estrategias de afrontamiento se encuentra por encima de 0.05, a excepción de la estrategia denominada expresión de la dificultad de afrontamiento, en la cual si se encuentran diferencias significativas según el género.

Tabla 7. ANOVA de un factor de acuerdo a las estrategias de afrontamiento y edad.

Estrategias de afrontamiento		F	Sig.
Solución de problemas	Inter-grupos	,00	,99
Búsqueda de apoyo social	Inter-grupos	,03	,96
Espera	Inter-grupos	,18	,83
Religión	Inter-grupos	2,22	,11
Evitación emocional	Inter-grupos	,06	,93
Búsqueda de apoyo profesional	Inter-grupos	,41	,66
Reacción agresiva	Inter-grupos	1,80	,17
Evitación cognitiva	Inter-grupos	1,39	,25
Revaluación positiva	Inter-grupos	,61	,54
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Inter-grupos	,66	,51
Negación	Inter-grupos	,20	,81

Según los resultados se observa que no se encuentran diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a la edad. Lo cual indica que los grupos no difieren en sus medias poblacionales.

Tabla 8. ANOVA de un factor de acuerdo a las estrategias de afrontamiento y tiempo de diagnóstico.

Estrategias de afrontamiento		F	Sig.
Solución de problemas	Inter-grupos	1,54	,22
Búsqueda de apoyo social	Inter-grupos	1,82	,17
Espera	Inter-grupos	,01	,98
Religión	Inter-grupos	2,26	,11
Evitación emocional	Inter-grupos	,12	,87
Búsqueda de apoyo profesional	Inter-grupos	,52	,59
Reacción agresiva	Inter-grupos	,42	,65
Evitación cognitiva	Inter-grupos	,96	,38
Revaluación positiva	Inter-grupos	,58	,56
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Inter-grupos	,21	,80
Negación	Inter-grupos	1,09	,34
Autonomía	Inter-grupos	,35	,70

Según los resultados se observa que no se encuentran diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de acuerdo al tiempo de diagnóstico de la HTA.

Tabla 9. ANOVA de un factor de acuerdo a las estrategias de afrontamiento escolaridad.

Estrategias de afrontamiento		F	Sig.
Solución de problemas	Inter-grupos	,46	,75
Búsqueda de apoyo social	Inter-grupos	,84	,50
Espera	Inter-grupos	2,12	,09
Religión	Inter-grupos	1,28	,28
Evitación emocional	Inter-grupos	2,13	,09
Búsqueda de apoyo profesional	Inter-grupos	2,17	,08
Reacción agresiva	Inter-grupos	1,07	,38

Esta tabla continúa en la siguiente página →

Estrategias de afrontamiento		F	Sig.
Evitación cognitiva	Inter-grupos	,90	,46
Revaluación positiva	Inter-grupos	,23	,91
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Inter-grupos	2,80	,03*
Negación	Inter-grupos	,42	,78
Solución de problemas	Inter-grupos	,30	,87

Según los resultados se observa que no se encuentran diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de acuerdo al nivel de escolaridad. Lo cual indica que los grupos no difieren en sus medias poblacionales, excepto en la estrategia de expresión de la dificultad de afrontamiento en la cual sí se encontraron diferencias significativas.

Tabla 10. Comparaciones múltiples Post hoc con el método DMS para la expresión de la dificultad de afrontamiento.

(I) Escolaridad	(J) Escolaridad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Primaria	Bachillerato Inc.	1,43	3,73	,70
	Bachillerato	-6,67E-02	1,69	,96
	Técnico	6,60(*)	3,13	,04
	Universitario	4,47(*)	1,88	,02
Bachillerato Inc.	Primaria	-1,43	3,73	,70
	Bachillerato	-1,50	3,68	,68
	Técnico	5,17	4,52	,25
	Universitario	3,04	3,76	,42
Bachillerato	Primaria	6,67E-02	1,69	,96
	Bachillerato Inc.	1,50	3,68	,68
	Técnico	6,67(*)	3,07	,03
	Universitario	4,54(*)	1,77	,01

Esta tabla continúa en la siguiente página →

(I) Escolaridad	(J) Escolaridad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Técnico	Primaria	-6,60(*)	3,13	,04
	Bachillerato Inc.	-5,17	4,52	,25
	Bachillerato	-6,67(*)	3,07	,03
	Universitario	-2,13	3,17	,50
Universitario	Primaria	-4,47(*)	1,88	,02
	Bachillerato Inc.	-3,04	3,76	,42
	Bachillerato	-4,54(*)	1,77	,01
	Técnico	2,13	3,17	,50

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

De acuerdo con los datos obtenidos, se observa que los valores se encuentran por debajo del nivel de significancia de .05 entre los niveles de escolaridad primaria y bachillerato con respecto a los niveles de escolaridad técnico y universitario.

DISCUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de acuerdo al género, edad, escolaridad y tiempo de diagnóstico en pacientes hipertensos del Centro Medico Corpas Niza. Al analizar los datos obtenidos de acuerdo a la escala de Estrategias de *Coping* Modificada, EEC-M (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006), se encontró que la estrategia denominada religión definida según Lázarus & Folkman, (1986) como el rezo y la oración utilizada para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo, así como la creencia en un Dios paternalista que permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad.

Al realizar el análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento teniendo en cuenta las medias respectivas se encontró que la estrategia

denominada Religión obtuvo un valor de 5.02 siendo 1 el más bajo y 6 el más alto, por ello se puede concluir que dicha estrategia es la más utilizada en la muestra participante de la investigación, tanto en hombres como en mujeres aunque con mayor incidencia en el grupo femenino resultando consistente con lo encontrado en un estudio realizado por Vasconcelles (2005) denominado afrontamiento religioso y ajuste psicológico para el estrés; en el cual se encuentra que las personas que buscan apoyo espiritual disminuyen la tensión causada por los diferentes estresores, aumentando así su autoestima además de adaptarse de manera más adecuada a diversas situaciones.

Así mismo al realizar comparaciones entre las variables se encontró que la estrategia de afrontamiento utilizada en el rango de edad entre 36 a 47 años es la solución de problemas, difiriendo de los 2 rangos restantes quienes utilizan la estrategia religión. De acuerdo a algunos estudios de afrontamiento realizados por Solís y Vidal (2006), se conceptualizan diferentes tipos y dimensiones de la personalidad que han pasado a denominarse estilos y estrategias. Los estudios realizados se centran en tres estilos de afrontamiento, de los cuales dos son considerados como productivos o funcionales, uno de ellos es "solución de problemas", el cual se ve reflejado en los participantes ubicados en el primer rango de edad, siendo ellos quienes reflejan la tendencia a abordar las dificultades de una manera directa; el otro estilo es "búsqueda de soporte social", que implica compartir las preocupaciones con los demás y buscar soporte; frente a este estilo se ubican los participantes de los rangos restantes (48-58 y 59-70 años. El último estilo es el "afrontamiento no productivo" ya que las estrategias pertenecientes a éste no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose más bien a la evitación. Sobre este aspecto es significativo y relevante mencionar que los participantes de la investigación no utilizan en gran medida la estrategia denominada reacción agresiva, entendida como la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado (Lazarus & Folkman, 1986).

El análisis realizado de acuerdo al nivel de escolaridad permitió evidenciar que los participantes en general utilizan el tipo de afrontamiento productivo "solución de problemas" y "búsqueda de soporte social", empleando como estrategias específicas religión descrita anteriormente, apoyo profesional entendida como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo; la estrategia apoyo social, la cual se refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información y por último la estrategia solución de problemas, descrita como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Algunos autores han identificado esta estrategia como planificación, en la que se movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema (Lazarus & Folkman, 1986).

En cuanto a los rangos de tiempo de diagnóstico clasificados de 1 a 10 años; 11 a 20 años y 21 a 30 años, se encontró que en el primer y tercer rango la estrategia más utilizada fue religión, evidenciándose de nuevo la utilización de estilos productivos para enfrentar la enfermedad, sin embargo, enfocada al área espiritual utilizando en menor medida estrategias como la búsqueda de apoyo profesional y solución de problemas. En el rango medio la estrategia con mayor uso es reevaluación positiva entendida como la forma de aprender frente a las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es considerada como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente. Este componente hace referencia a la estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificar los aspectos positivos del problema, tolerar y generar pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación (Lazarus & Folkman, 1986).

No existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de acuerdo al género, edad, escolaridad y tiempo de diagnóstico en pacientes

hipertensos del Centro Médico Corpas Niza, excepto en la estrategia de afrontamiento denominada dificultad en la expresión de afrontamiento.

A partir del análisis de comparaciones múltiples se puede decir que en los niveles de escolaridad técnico y universitario afrontan mejor las situaciones estresantes del medio, utilizando en menor medida la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento. Contrario a lo que ocurre con los niveles de escolaridad primaria y bachillerato, quienes utilizan en mayor medida esta estrategia; la cual surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés. (Lazarus & Folkman, 1986).

Es necesario indicar que las estrategias de afrontamiento utilizadas en mayor medida por el grupo de participantes de la investigación se encuentran dirigidas a un estilo productivo, lo que permite ratificar el modelo salutogénico propuesto por Antonovsky (1996), cuya hipótesis central es que entre más alto es el "sentido de coherencia", más adecuada será la capacidad para afrontar los estresores psicosociales existentes, incluida la presencia de enfermedad. El sentido de coherencia dentro de este modelo se define como la percepción emocional-cognitiva de parte del individuo hacia estímulos que recibe, sean más o menos controlados por el sujeto. Bajo esta definición, un fuerte sentido de coherencia permite evitar estresores o considerar como un desafío u oportunidad a los estímulos ineludibles.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que el afrontamiento de los participantes influyen de forma directa aspectos emocionales, entendiendo la creencia religiosa como parte de este aspecto, así mismo la solución de problemas al ser una estrategia ligada al componente cognitivo, permite evidenciar la combinación de estos dos aspectos tal como lo indica el modelo.

Los aspectos emocionales ligados a las creencias se menciona que el afrontamiento viene determinado por variables personales que inclu-

yen valores y creencias culturales interiorizadas. Las condicionantes ambientales incluyen las demandas que compiten por los mismos recursos y las dificultades que impiden los esfuerzos de afrontamiento. Los altos grados de amenaza también pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de afrontamiento de forma efectiva (Arjona & Guerrero 2001).

Es fundamental evaluar hasta qué punto las estrategias dirigidas a la emoción permiten el desarrollo por parte del sujeto de mecanismos eficaces de manejo de las demandas de su medio. Puede también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles. En tal caso, en el afrontamiento se realiza una revaluación de la situación, se valora el nivel de amenaza, si realmente afecta a compromisos tan relevantes para el bienestar de los individuos, hasta qué punto es posible soportar y convivir con la situación y la valoración de otros compromisos de orden superior a los comprometidos en ese momento (Casado, 2002).

De lo anterior surge la importancia de involucrar a las personas hipertensas para que conozcan e identifiquen las estrategias que utilizan frente a diferentes situaciones, ya que de ellas dependen la percepción de la enfermedad y la forma en que es abordada.

Por lo tanto se plantea la necesidad de interrelacionar las variables emocionales y cognitivas; sin embargo, para ello es necesario partir de la aceptación de la realidad, evaluando las limitaciones de los recursos que posee el ser humano permitiendo así una acción más ajustada, con metas más realistas y por tanto más funcionales. De acuerdo a los datos obtenidos se contrasta la conceptualización teórica acerca del constructo de afrontamiento en general, ratificando que cada individuo actúa de acuerdo a los recursos de que dispone, entre ellos la salud, miedos, creencias existenciales y creencias generales, pero sobre todo un aspecto vital en la vida del ser humano; el proceso motivacional.

Por medio de la presente investigación se encontró que la estrategia arraigada y de mayor incidencia en la forma de afrontar y de actuar se encuentra ligada al componente religioso y espiritual; sin embargo, la estrategia de solución de problemas sigue teniendo relevancia, mostrando así que los participantes movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema, siendo esto congruente con los planteamientos del modelo de valoración cognitiva. Aunque es importante el uso de estilos y estrategias productivas, debe recalarse la importancia de factores como el apoyo profesional, ya que la HTA, al ser una condición médica repercute en la calidad de vida y bienestar de las personas, por ello debe ser regulada y controlada por un profesional idóneo que ofrezca acompañamiento no solo médico sino psicológico incluyendo aspectos concernientes a la salud mental.

El interés principal en la HTA pese a todas las enfermedades crónicas existentes, se debe a su alta incidencia ya que según cifras reportadas por la OMS (2005), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente. Del total de 58 millones de defunciones previstas para el 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, por encima del número de defunciones de todas las enfermedades infecciosas (VIH/Sida, tuberculosis y malaria).

Los estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados, es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos. No obstante, diferentes estudios no sólo recientes sino desde años atrás, también han demostrado la efectividad de los programas de intervención para el manejo de la HTA y de otras enfermedades crónicas, a través de la adherencia al tratamiento, lo cual reafirma que la responsabilidad y cui-

dado por la salud es posible a través de dicha conducta (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres & Varela, 2006).

Se recomienda que al tener identificadas las estrategias de afrontamiento en los participantes, se puede utilizar dicha información para analizar las repercusiones directas de cada estrategia en el aumento de la PA y las enfermedades psicológicas que pueden presentar comorbilidad con dicha enfermedad.

Como lo indica Clark (1997; citado por Molerio, Arce, Otero & Nieves, 2004), diversos estudios han relacionado los diferentes estilos de coping, o estrategias de afrontamiento, con la reactividad cardiovascular en la PA o en la tasa cardiaca. En relación con el coping focalizado en el problema, se encontró que está inversamente relacionado con las respuestas cardiovasculares. En relación con el coping focalizado en la emoción se encuentra que está relacionado de forma positiva con la respuesta cardiovascular. A mayor utilización del coping de focalización en los síntomas de la ansiedad, mayor respuesta cardiovascular.

REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion health *Promotion International*. Recuperado en febrero 2007. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/1/11>
- Arévalo, M., Arrivillaga, M., Cáceres, D., Correa, D. & Holguín, L. (2005) Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana Psicología*. 8. 2.
- Arjona, J. & Guerrero, S. (2001). Un estudio sobre los estilos y las estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación. Recuperado en marzo de 2007. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-182-1-un-estudio-sobre-los-estilos-y-las-estrategias-de-afrontamie.html>

- Colunga, C. (2005). Hipertensión arterial en la clínica: Algunos factores psicosociales en la hipertensión arterial. Recuperado en mayo de 2006. Disponible en: <http://virtual.cucs.udg.mx/recursos/capitulo12.1.pdf>
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.). *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide
- Flórez, L. (2006). La Psicología de la salud en Colombia. *Universitas. Psychologica*. 5 (3): 681-693.
- Guijarro, A. (2001). ¿Qué es la hipertensión arterial? Recuperado en marzo de 2006. Disponible en: www.americanheart.org
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas. Psychologica*. 5 (3): 535-547.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez, Roca.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psicológica*. 5 (2), 327-349.
- Ministerio de Protección Social (2006). Salud pública: Promoción y prevención. Recuperado en marzo de 2007. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=14720&idcompany=3&ItemMenu=3_251
- Ministerio de Protección Social (2007). Ley número 1122 de 2007, capítulo 6. Recuperado en septiembre de 2007. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNews-No15849DocumentNo3520.pdf

- Molerio, O., Arce, M., Otero, I., Nieves, Z (2004). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Recuperado en marzo de 2007. Disponible en red: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Montoya, L., Arango, C. (1996). Prevalencia de hipertensión arterial en los empleados de Suramericana de Seguros sede Camino Real. Recuperado en marzo de 2006. Disponible en: <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep97/prevalen.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Recuperado en abril de 2006. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html
- Peterson, C., Tice, T. & Rodgers, W. (2006). Differential effects of faith-based coping on physical and mental fatigue in middle-aged and older cardiac patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 36, (3) 351, 15. Recuperado en enero de 2007 de la base de datos Proquest Disponible en <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=19&did=1163200091&SrchMode=1&sid=13&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1177114915&clientId=54507>
- Secretaría Distrital de Salud (2004). *Lineamientos de política pública de prevención de las enfermedades crónicas*. Bogotá: Quebecor World.
- Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 7 (1), 33-39.
- Vasconcelles, E. (2005). Religious Coping and Psychological Adjustment to stress: and metanalysis: *Journal and Clinical Psychology*. 61(4), 461-480.