

# Estrategias de afrontamiento y presión arterial

## Coping strategies and blood pressure

---

**Carolina Bernal Trujillo**

---

Psicóloga, Grupo de Investigación Psicología Salud y Sociedad, Universidad CES.

---

**Mariantonia Lemos Hoyos**

---

Psicóloga, Grupo de Investigación Psicología Salud y Sociedad, Universidad CES.

---

**Luis Eduardo Medina Durango**

---

Grupo de Enfermedades del Corazón, Clínica Medellín.

---

**Jorge Ospina Duque**

---

Grupo de Investigación en Psiquiatría, Universidad de Antioquia.

---

**Yolanda Torres**

---

Grupo de investigación en Salud Mental, Universidad CES.

**Correspondencia:**

[mlemos@ces.edu.co](mailto:mlemos@ces.edu.co)

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes con hipertensión e hipotensión. Estudio analítico, de casos y controles, con 106 pacientes (34% hombres, 66% mujeres), de los cuales 55.7% son hipotensos y 44.3% hipertensos, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Estrategias de

Afrontamiento Modificado. Se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con presión arterial alta y baja, siendo la solución de problemas la estrategia de mayor uso reportada por los hipertensos ( $p < 0,05$ ), y la búsqueda de apoyo profesional ( $p < 0,05$ ) y reevaluación positiva ( $p < 0,01$ ), las más reportadas por los hipotensos. Y al ajustar por género fue esta última estrategia en la que se encontró diferencia significativa. Estos hallazgos, aunque preliminares, están de acuerdo con la hipótesis de que en respuesta al estrés los hipotensos presentan tendencia a la huida y los hipertensos a la confrontación

**Palabras clave:** Estrategias de afrontamiento - Estrés - Hipertensión - Hipotensión - Presión arterial.

## ABSTRACT

The aim of this research was to identify coping strategies by patients with hypertension and hypotension. Analytical study of cases and control with 106 patients (34% men, 66% women), from which 55.7% hypotensive and 44.3% hypertensive were evaluated by the Coping Strategies Questionnaire Modified. We found differences on the coping skills used by patients with high blood pressure and those with low blood pressure. We found differences in the coping skills used by patients with high blood pressure and those with low blood pressure. Meaningful differences in the coping strategies of problem solving ( $p < 0.05$ ), with higher scores in hypertensive patients, and professional support ( $p < 0.05$ ), and a positive reevaluation ( $p < 0.01$ ), which was higher in those with hypotension. Adjusting by gender, the last coping skill showed statistical differences. Though these are preliminary finding they are in agreement with the hypothesis that responding to stress hypotensive tend to escape and hypertensive tend to face it.

**Key words:** Blood Pressure - Hypotension - Hypertension - Coping Behavior - Coping Strategies - Stress.

## INTRODUCCIÓN

La presión arterial es la fuerza o tensión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias al pasar por

ellas. Esta presión alcanza su valor máximo durante la sístole ventricular (presión sistólica) y el más bajo durante la relajación cardíaca (presión diastólica). Aunque la presión arterial

de un individuo varía con las actividades de la vida diaria, los valores promedio o “normales” generalmente son inferiores a 135 mm Hg y superiores a 90 mm Hg para la presión sistólica y entre 60 mm Hg y 85 mm Hg para la presión diastólica (Aristizabal, 2007; Muñoz, s.f.).

En los casos que los sujetos exceden estos valores se habla de hipertensión o presión arterial alta; esta presión se asocia con numerosos problemas físicos, entre los que se cuentan, incremento de la aparición de complicaciones cardiovasculares, tales como la arterioesclerosis coronaria, la falla cardíaca y la enfermedad cerebrovascular (Aristizabal, 2007). La prevalencia mundial estimada de hipertensión es de 1.000 millones de individuos afectados, y aproximadamente 7 millones de muertes anuales pueden atribuirse a esta enfermedad (Pineda, 2007).

Goldstain y Shapiro (2000) demostraron, en enfermeras sanas entre 24 y 50 años de edad, que pertenecer a una familia con historia de hipertensión, sumado a ciertos factores de personalidad, incrementó las posibilidades de que presentaran esta enfermedad cardiovascular.

Por su parte Sanz, García-Vera, Magán, Espinosa y Fortun, han señalado, a partir de una investigación realizada con 42 pacientes hipertensos y 25 normotensos, a quienes se les aplicó el cuestionario estado-rasgo de Spielberger, que los pacientes con hipertensión arterial presentan mayores niveles de ansiedad-rasgo que los normotensos, lo que permite hipotetizar que existen diferencias de personalidad entre estos grupos.

De otro lado, la hipotensión o

presión arterial baja, que se define cuando la persona presenta valores menores a los estipulados, era pensada como una presión arterial ideal; sin embargo, hoy en día se ha relacionado con síntomas somáticos y psicológicos (Muñoz, s.f.). Por ejemplo, autores como Hildrum, Mykletun, Stordal, Bjelland, Dahl y Colmen (2007), en una muestra de 60.799 hombres y mujeres de entre 20 y 89 años de edad, demostraron que existe una relación entre ansiedad, depresión e hipotensión, mediante análisis estadísticos realizados, controlando edad, sexo o enfermedad cardiovascular.

Igualmente, Licht, De Geus, Van Dyck *et al* (2009) llevaron a cabo un estudio que buscaba la relación entre presión arterial y psicopatología. Con este propósito tomaron una muestra de 2.028 pacientes con depresión o ansiedad, de los cuales 1384 no tomaban antidepresivos y 644 tomaban antidepresivos tricíclicos, y 590 personas como controles. Su estudio concluyó que los sujetos depresivos presentaban menores niveles de presión arterial sistólica y tenían menos probabilidades de sufrir hipertensión (OR= 0.60; CI 0.44 - 0.82; p= 0.01).

El modelo biopsicosocial nombra la interrelación entre cuerpo y mente, y lleva a pensar que estos estados emocionales negativos (depresión y ansiedad), así como algunos de los problemas somáticos relacionados con la presión arterial, pueden obedecer a un afrontamiento inadecuado de situaciones de estrés (Lemos, Restrepo y Richard, 2008); por lo cual es necesario establecer la relación entre los cambios en la presión arterial, estrés y las estrategias que el individuo

utiliza para afrontarlo en un momento determinado.

El estrés, en términos amplios, puede ser entendido como “cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, representando una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta” (Miller, 1953; citado por Lazarus y Folkman, 1984, p. 39). Cuando el sujeto se encuentra frente a un estímulo estresante lleva a cabo el proceso de valoración cognitiva, tanto primaria como secundaria. La valoración primaria hace referencia a la valoración sobre las consecuencias que la situación tiene para el sujeto y la valoración secundaria estima los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (Lazarus y Folkman, 1984).

A partir de allí se instaura el afrontamiento, que puede definirse como “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” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 164). Este afrontamiento se desarrolla mediante unas estrategias, las cuales pueden ser cambiantes según la situación o pueden configurarse como un estilo personal de reacción (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2000).

Este estilo de afrontamiento hace referencia a predisposiciones personales para responder a situaciones mediante la preferencia de una u otra estrategia de afrontamiento, con cierta estabilidad temporal y situacional (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2000), aunque no niega cierta

flexibilidad en el individuo para utilizar un conjunto de éstas en situaciones particulares.

Existen varias pruebas para medir estrategias de afrontamiento. Una de ellas es la prueba de Chorot y Sandín (1993), basada en las estrategias de afrontamiento definidas por Lazarus y Folkman (1984). Ésta fue validada para la población colombiana por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre-Acevedo (2006), quienes definen la existencia de 12 estrategias de afrontamiento.

La relación entre estrategias de afrontamiento circunstanciales y la presión arterial fue estudiada por Lee y Suchday (2009), quienes afirman que la exposición prolongada al estrés y las estrategias de afrontamiento maladaptativas afectan la salud cardiovascular de inmigrantes en la ciudad de Nueva York, ya que exageran la reactividad cardiovascular al estrés. En su estudio se evidenció que un afrontamiento focalizado en la emoción predice menores niveles de presión arterial sistólica en hombres y mujeres pre y post al evento estresante. Las estrategias de afrontamiento evitativas predecían una elevada presión arterial sistólica pre evento y la reevaluación como estilo de afrontamiento predijo una mayor tasa cardíaca en el período de recuperación en los hombres.

Por su parte, Cea, Brazal y González-Pinto (2001) buscaron una relación entre estrategias de afrontamiento como un estilo en el sujeto y la presión arterial, y encontraron que en las personas hipertensas prevalecen estrategias de afrontamiento cognitivas y buscan menos apoyo emocional en los demás. Agregan que existe una relación inversa

entre el estilo centrado en la respuesta (donde se incluyen estrategias de afrontamiento como la reevaluación positiva, supresión de las actividades distractoras y refrenar el afrontamiento) y la hipertensión.

Sin embargo, algunos autores han reportado diferencias con respecto al uso de estrategias de afrontamiento según el género. Investigaciones realizadas con estudiantes universitarios han reportado un mayor uso de estrategias focalizadas en la emoción por parte de las mujeres, tales como la expresión emocional, búsqueda de apoyo emocional, negación, aceptación y reevaluación positiva (Eaton & Bradley, 2008), así como el mayor uso del apoyo social (Dwyer & Cummings, 2001; Mclean, Strongman & Neha, 2007). Con respecto a la estrategia de solución de problemas esta diferencia no está tan clara (Dyson & Renk, 2006).

Esta relación entre la psicopatología, el estrés y la presión arterial lleva entonces a formular la pregunta de la investigación que se expone en el presente artículo: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes con hipertensión e hipotensión?

## MÉTODO

Tabla 1. Distribución por sexo en una muestra de 106 pacientes

	Hipotensos	Hipertensos	Total
Hombres	16 (25.4%)	23 (46.0%)	39 (34.5%)
Mujeres	47 (74.6%)	27 (54.0%)	74 (65.5%)
Total	63 (55.8%)	50 (44.2%)	113 (100%)

*Población de estudio:* Constituida por los pacientes que acudieron a consulta por cardiología en la Clínica Medellín, entre junio de 2007 y septiembre de 2009, por motivos relacionados con anomalías de la presión arterial, ya sea hipertensión o hipotensión. Esta población fue clasificada según sus niveles de presión arterial (PA), de acuerdo a los siguientes criterios:

*Hipertensos (HTA):* PA sistólica > 140 mm Hg o PA diastólica > 90 mm Hg en tres tomas diferentes o confirmada por monitoreo ambulatorio de la presión arterial. Pacientes con HTA reconocida también podían hacer parte de la muestra. Los pacientes con HTA secundaria fueron excluidos (Chobanian A, Bakris G, Black H, et al., 2003).

*Hipotensos (Hipo):* PA sistólica < 90 mm Hg o diastólica < 60 mm Hg (Kaufmann y Schatz, 2004) o una caída en la PA sistólica de 20 o más mm Hg y/o de la PA diastólica de 10 mm Hg.

La muestra final estuvo conformada por todos los pacientes que aceptaron la invitación, de tal forma que se tomaron datos de 113 participantes, con una edad promedio de 47 (D.T. 13. 6) años de los cuales 55.8% (63) se clasificaron como hipotensos y 44.2% (50) como hipertensos (Tabla 1), según los criterios establecidos.

Los criterios de inclusión y exclusión para este estudio fueron:

*Criterios de inclusión:* a) ser mayor de 15 años, b) aceptación del consentimiento informado escrito, y c) ser un paciente hipertenso o hipotenso definido según la clasificación clínica actualizada.

*Criterios de exclusión:* a) no tener disponibilidad para hacer las evaluaciones, b) presentar una enfermedad crónica severa (CA, DM descompensada, amputación, falla cardíaca severa, hipertensión descontrolada, síncope recurrente severamente comprometido, enfermedad tiroidea, enfermedad hipofisiaria, uso de medicación), que altere los parámetros evaluados), c) presentar hipertensión o hipotensión arterial secundaria (luego de una evaluación clínica completa y de exámenes de laboratorio o imágenes según el caso), d) presencia de arritmias que impidan la valoración de la VFC, y e) padecer problemas osteomusculares que impidan asumir la posición de pies.

*Instrumento:*

*Cuestionario de estrategias de afrontamiento modificado:* Evalúa estrategias de afrontamiento, es decir, las diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida; y está basado en la Escala Coping de Lazarus y Folkman (1987) modificada por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, Aguirre-Acevedo en el 2006. Presenta una escala de calificación tipo Likert de 1 a 6 con las siguientes valoraciones: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Frecuentemente (4), Casi siempre (5) y Siempre (6).

*Técnicas de recolección de información:*

La fuente de información para la valoración médica fue la historia clínica. La información sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes se obtuvo mediante la aplicación del instrumento, en una sesión de evaluación consistente en los siguientes pasos:

1. Presentación y aprobación del consentimiento informado.
2. Aplicación del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

*Técnicas de procesamiento y análisis:*

Los datos se digitaron en una base de datos de Excel 2003, y luego se importaron al programa estadístico SPSS versión 15.0, para el análisis estadístico respectivo. Inicialmente se describieron las frecuencias del comportamiento de las variables estudiadas en forma de proporciones y promedios con desviaciones estándar, para cada grupo. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión logística bivariada para obtener las razones de disparidad, crudas y ajustadas de acuerdo al género, entre el grupo de hipertensos e hipotensos.

## RESULTADOS

Al realizar el cálculo de las razones de disparidad de las estrategias de afrontamiento entre pacientes hipotensos e hipertensos, se encontraron razones de disparidad significativas en las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo profesional (RD 0.894, IC 0.810 - 0.987) y reevaluación positiva (RD 0.849, IC 0.760 - 0.948), con una orientación a presentar mayor asociación con los

hipotensos y la solución de problemas (RD 1.070, IC 1.001 - 1.114), con mayor uso por parte de los hipertensos. Sin embargo al ajustar por sexo, se

encuentra sólo asociación con respecto a la reevaluación positiva (RD 0.862, IC 0.771 - 0.964) (Tabla 2).

Tabla 2. Valores de OR de las estrategias de afrontamiento entre pacientes hipotensos e hipertensos

Variable	OR crudo	OR ajustado
Solución de problemas	1.070 (1.001 - 1.114)*	1.061 (0.991 - 1.136)
Búsqueda de apoyo social	0.997 (0.925 - 1.074)	0.998 (0.924 - 1.077)
Espera	1.021 (0.962 - 1.084)	1.035 (0.972 - 1.103)
Religión	0.977 (0.900 - 1.059)	0.989 (0.910 - 1.075)
Evitación emocional	0.944 (0.872 - 1.022)	0.962 (0.886 - 1.043)
Búsqueda de apoyo profesional	0.896 (0.812 - 0.988)*	0.916 (0.828 - 1.014)
Reacción agresiva	0.987 (0.884 - 1.102)	0.991 (0.885 - 1.110)
Evitación cognitiva	1.046 (0.943 - 1.160)	1.050 (0.944 - 1.168)
Reevaluación positiva	0.845 (0.757 - 0.943)*	0.862 (0.771 - 0.964)*
Expresión de la dificultad de afrontamiento	0.990 (0.894 - 1.095)	0.981 (0.884 - 1.089)
Negación	0.943 (0.800 - 1.111)	0.948 (0.801 - 1.122)

## DISCUSIÓN

El estrés puede conceptualizarse como una de las respuestas biológicas que utiliza el sujeto para reaccionar frente a un estímulo y hace parte de los factores de riesgo predominantes de las enfermedades cardiovasculares (Bandler & Keay, 1996). Sin embargo,

este patrón de respuesta fisiológica tiene un correlato psicológico importante que puede ser abordado desde el tema de las estrategias de afrontamiento. Así, cuando una situación es evaluada como amenazante, es decir, genera esta activación, el individuo también reacciona buscando la estrategia de

afrontamiento más adecuada (Lazarus y Folkman, 1984). De esta forma el estrés y el afrontamiento son dos procesos que están relacionados entre sí, puesto que existen diferentes hormonas que se secretan ante los eventos desencadenantes del estrés y que contribuyen con la ejecución de la estrategia elegida para responder a éste.

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación muestran que existen diferencias con respecto al uso de la estrategia de afrontamiento de “reevaluación positiva” entre los pacientes con presión arterial alta y baja. Esta estrategia hace referencia a que ante los eventos estresores, los individuos buscan aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, Aguirre, 2006), lo que permite al individuo hacerse responsable de sus problemáticas y reevaluarlas desde un análisis cognitivo. Estos resultados apoyan el estudio de Cea, Brazal y González-Pinto (2001), en el que se encontró esta estrategia de afrontamiento inversamente relacionada con la hipertensión, así como los resultados encontrados por Lee y Suchday (2009) en hombres.

Con respecto a las diferencias encontradas en la estrategia de afrontamiento de “solución de problemas” y “búsqueda de apoyo profesional”, estas estuvieron influidas por el género. Esto señala una mayor tendencia por parte de los hombres hipertensos a utilizar una secuencia de acciones orientadas a solucionar los problemas, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Esto es coherente con lo

reportado por McLean, Strongman y Neha (2007), quienes afirman que los hombres tienden a ser más independientes mientras que las mujeres utilizan más los sistemas de soporte social. Igualmente confirman lo descrito anteriormente por Cea, Brazal y González-Pinto (2001) y Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona (1994), con respecto a los pacientes hipertensos, aunque debe tenerse presente que la influencia del género.

Esta estrategia se acompaña de un aumento de confianza en sí mismos (Tobal, Cano-Vindel, Casado & Escalona, 1994), que llevaría al refuerzo y la conformación de un estilo de afrontamiento, ya que causa satisfacción en el individuo. Sin embargo, también se afirma que la solución de problemas puede establecerse solo en el elemento cognitivo, sin llevar a transformaciones a nivel conductual que permitan una estrategia eficaz (Cea, Brazal y González-Pinto, 2001).

Finalmente, se encontró que el uso de la estrategia de “búsqueda de apoyo profesional” en los pacientes hipotensos estuvo medida por el género, siendo las mujeres quienes mayor uso hacen de la misma. Estos resultados son congruentes con lo señalado acerca de una mayor probabilidad de búsqueda de apoyo social por parte de las mujeres ante un posible estresor (McLean, Strongman & Neha, 2007). Esta estrategia hace referencia a emplear recursos profesionales para tener mayor información sobre los problemas y sobre las alternativas para enfrentarlos y que también presentaría relación con lo afirmado anteriormente sobre la reevaluación positiva.



Las estrategias de afrontamiento encontradas en estos dos grupos de pacientes, con hipertensión e hipotensión, pueden estar estrechamente ligadas con la teoría que afirma que todos los seres humanos presentan dos tipos de respuesta ante el estrés: la huida y la confrontación (Canon, 1932; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995), las cuales estarían mediadas por la valoración cognitiva que hace el sujeto de los eventos (Lazarus y Folkman, 1986), así como por el género. Es posible pensar que la solución de problemas es un tipo de respuesta de confrontación que utilizan los pacientes hipertensos frente al estrés, mientras que en los hipotensos la búsqueda de apoyo profesional y la reevaluación positiva se constituyen en un tipo de respuesta de huida, en el sentido que se focaliza el afrontamiento más en el apoyo y la emoción, que en la lucha de forma individual con el estímulo estresante.

### CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran como las personas hipertensas presentan un tipo de afrontamiento más activo y dirigido al problema, a diferencia de los hipotensos que evidencian mayores estrategias dirigidas a la elaboración cognitiva y a la búsqueda de apoyo profesional, elementos últimos que reflejan una

elaboración cognitiva previa y un afrontamiento más pasivo comportamentalmente frente a los eventos estresantes o problemáticos.

Estos hallazgos, aunque preliminares, están de acuerdo con la hipótesis de que los hipotensos en respuesta al estrés tienden a huir y los hipertensos a pelear, a confrontar. Los hipertensos tienen más confianza en sí mismos que los hipotensos, por lo que creen que no necesitan ayuda para enfrentar los problemas y que cuentan con recursos propios para afrontar el estrés.

### RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se recomienda seguir trabajando en el tema de las estrategias de afrontamiento de acuerdo a los grupos de pacientes que se establecen según la presión arterial y sus implicaciones en la salud mental, de tal forma que se puedan establecer programas de promoción y prevención de la salud en los que se intervengan aspectos psicológicos con estos pacientes, tales como el manejo y el afrontamiento al estrés.

Igualmente se hace necesario continuar analizando esta problemática desde la perspectiva del género para poder profundizar en las estrategias de afrontamiento que se asocian a ésta.

## REFERENCIAS

- Aristizábal, D. (2007). Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. En D.J. Charria, P.A. Guerra, F. Manzur, A. Llamas, N.I. Rodriguez, N.F. Sandoval *et al. Texto de Cardiología*. (pp. 351-357), Bogotá: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
- Bandler, R. & Keay, K. (1996). Columnar organization in the midbrain periaqueductal gray and the integration of emotional expression. *Progress in Brain Research*, 107, 285-298.
- Belloch A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Vol 2. España: McGraw - Hill / Interamericana de España.
- Cea J, Brazal J, González-Pinto A. (2001). Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 4 (7). Recuperado el 6 de mayo de 2009, de <http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>
- Dwyer, A., & Cummings, A. L. (2001). Stress, self-efficacy, social support and coping strategies in university students. *Canadian Journal of Counseling*, 35(3), 208-220.
- Eaton, R. J., & Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 94-115.
- Goldstein, I. B., Y Shapiro, D. (2000). Ambulatory blood pressure in women: family history of hypertension and personality. *Psychology, Health & Medicine*, 5 (3), 227-240.
- Hildrum B, Mykletun A, Stordal E, Bjelland I, Dahl A A y Colmen J (2007). Association of low pressure with anxiety and depression: the Nord-Trondelag Health Study. *J. Epidemiol. Community Health*, 61, 53-58.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lee, C., Suchday, S., Wyllie-Rosett, J. *et al* (2009). The effect of gender and coping strategies on cardiovascular reactivity to stress among chinese immigrants. En: American Psychosomatic Society (ed), *67<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting* (pp. A32). Recuperado el 11 de marzo de 2009, de <http://www.psychosomaticmedicine.org/misc/PSYDS.pdf>
- Lemos, M., Restrepo, D.A., & Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto “Psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento psicológico*,

4 (10), 137 - 147.

- Licht, C.M., de Geus, E.J., Van Dyck, R. *et al.* (2009). Depression is associated with decreased blood pressure but antidepressant use increases the risk for Hypertension. En: American Psychosomatic Society (ed), *67<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting* (pp. A32). Recuperado el 11 de marzo de 2009, de <http://www.psychosomaticmedicine.org/misc/PSYDS.pdf>
- Londoño, N.H., Henao, G.C., Puerta, I.C., *et al* (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana. *Univ. Psychol*, 5 (2): 327-349.
- Martín, M.D., Jiménez, M.P. & Fernández-Abascal, E.G. (2000). Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4). Recuperado el 6 de mayo de 2009, de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Mclean, J.A., Strongman, K.T. & Neha, T.N. (2007). Psychological distress, causal Attributions and Coping. *New Zealand Journal of Psychology*, 36(2), 85-92.
- Molerio, O. & García, G. (2004). Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología*, 13 (002), 101- 109.
- Molerio, O., Arce, M. A., Otero, I., Nieves, Z (2005). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de higiene y epidemiología*, 43 (1), 1-10.
- Muñoz, A. (s.f.). *Hipotensión: baja presión arterial*. Cepvi. com. Recuperado el 29 de abril de 2009, de <http://www.cepvi.com/medicina/enfermedades/hipotension.shtml>
- Pineda, M. (2007). Diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica. En D.J. Charria, P.A. Guerra, F. Manzur, A. Llamas, N.I. Rodriguez, N.F. Sandoval *et al.* *Texto de Cardiología*. (pp. 358-363), Bogotá: Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
- Sanz, J., Garcia-Vera, M. P., Magán, I., Espinosa, R., y Fortun, M. (2003). Defense Mechanisms and Physiological Reactivity to Stress. *Journal of Personality*, 71, 209- 224.
- Tobal J., Cano-Vindel A., Casado M<sup>a</sup> y Escalona A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*, 10(2), 199-223 v.