



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES HUMANAS

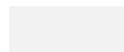
Estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen patologías crónicas

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Alumna: Adriana Rodriguez

Tutor: Lic. Omar Fernandez

Marzo de 2012



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Resumen

Con frecuencia, la irrupción de una patología crónica supone una situación de crisis, entendida ésta como un cambio inesperado y brusco en la vida de la persona, que le supone un desequilibrio, y cuya forma de resolución condiciona y modula la continuidad de ésta. Por su esencia, la crisis no puede ser permanente sino que tiene un desenlace. En el mejor de los casos, el sujeto logra adaptarse adecuadamente a su nueva situación. En el peor, se instala en el bloqueo, la indecisión o la angustia.

En ocasiones suelen acaecer adaptaciones inadecuadas en las que el estrés inicial se reduce, pero con un coste personal elevado. Su denominador común es el hecho de que la persona tiene dificultades para aceptar su nueva situación, lo que conlleva el empobrecimiento de la personalidad, el incremento de la angustia y la merma de su calidad de vida. La angustia que genera, unida al sentimiento de incapacidad para resolverla, le hace tomar por distintos caminos. La aceptación, entendida como el establecimiento de una relación positiva entre la persona y su nueva situación, es la "capacidad de ver lo que se considera limitación sin que oculte sus posibilidades reales". A la hora de valorar la forma en que un sujeto sale de la crisis conviene establecer la diferencia entre adaptación pasiva y afrontamiento. El primer término hace referencia a rutinas que exigen poco esfuerzo personal por parte del sujeto. Por el contrario, lo que caracteriza al concepto de afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos que realiza la persona con el propósito de mantener los niveles óptimos de calidad de vida. Por tanto, una de las áreas que conviene evaluar es la referida a las estrategias que ha utilizado la misma (por acción u omisión) para salir de la crisis, así como su efectividad. (Peterson y Bossio, 2001; Sonoda y Tonan, 1999).

Palabras Claves:

Estrategias de afrontamiento, patologías crónicas, adherencia al tratamiento.

Agradecimientos:

A los profesores que como **profesionales** me enseñaron a mantener la mente abierta a distintos puntos de vista y siempre escucharon mi opinión con respeto, lo cual considero un pilar fundamental en mi carrera: Lic. Roxana Castro Wojda, Lic. Omar Fernandez, Lic. Graciela Feldman. A quienes me persuadieron de la importancia de defender mi posición con tenacidad, Lic. Andres L. Pell y Lic. John J. Gomez Gallego.

Indice:

Resumen pag. 1

Problema de Investigación

Hipótesis pag. 3

Planteamiento del Problema pag. 3

Relevancia y Justificación pag. 3

Objetivos pag. 5

Marco Teórico pag. 6

Metodología

Muestra pag 30

Unidad de Análisis pag 30

Criterios de exclusión pag 30

Variables pag 30

Instrumentos pag 31

Procedimientos de análisis pag 32

Resultados pag 36

Conclusiones pag 45

Discusión pag 47

Cronograma pag 49

Bibliografía pag 50

Anexo pag 52

Problema de investigación

Estrategias de afrontamiento en personas que padecen patologías crónicas.

Hipótesis

Las personas que emplean estrategias de afrontamiento al estrés adecuadas o “positivas” (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional), muestran una mejor calidad de vida y adherencia al tratamiento, que aquellos que emplean estrategias de afrontamiento inadecuadas o “negativas” (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social).

Planteamiento del problema

Los deterioros de las personas que padecen patologías crónicas se dan, no solo en su dimensión biológica, sino también en su dimensión psicosocial. Ante el conocimiento de su nueva condición de salud, las personas utilizan diferentes estrategias de afrontamiento que benefician, condicionan o empeoran el padecimiento. Sus creencias acerca de la enfermedad y las emociones derivadas de la experiencia humana que padecerlas implican al individuo, lo enfrentan al reto de responder con las estrategias apropiadas y tomar adecuadas decisiones asociadas con la condición de enfermedad a fin de mejorar su calidad de vida y lograr una adecuada adherencia al tratamiento.

Relevancia y Justificación

El objetivo de esta exploración consiste en investigar que tipos de estrategias de afrontamiento presentan las personas adultas que padecen patologías crónicas desde hace más de un año. A fin de recortar el estudio y dada la cantidad de patologías crónicas existentes se han seleccionado las siguientes: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipemia e Hipo-Hipertiroideas.

Se parte de un concepto imprescindible en este estudio: el individuo nace en un medio social organizado. En el proceso de crecimiento dentro de este ambiente aprende a adoptar usos y costumbres que varían enormemente según cada persona y las circunstancias con las que ha establecido contacto. Por este motivo, la condición de enfermedad no solo abarca al enfermo sino a su entorno.

Se considera pues, que las intervenciones y programas de atención que puedan ser propuestos a nivel gubernamental, resultan necesarios y pertinentes a fin que el individuo portador de las mismas logre restablecer el mayor bienestar o calidad de vida posible, ya que convivirá con ella por siempre.

Los talleres de promoción de la salud y prevención de enfermedades que actualizan el Plan Médico Obligatorio de Emergencia, tomando como ejemplo los citados en la Resolución 310/04 y 758/04 del Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina, deben actualizarse y encaminarse a aspectos específicos de relevancia que estén significativamente comprometidos con la vida de quienes padecen patologías crónicas. Esto es: sus creencias acerca de la enfermedad, sus sentimientos, y las emociones derivadas de la experiencia humana que padecerlas implican al individuo.

La atención de las personas portadoras de enfermedades crónicas, no debería reducirse a la mera atención en consultorio y la entrega de medicamentos, sino ampliarse a la exigencia de compromisos de parte del enfermo, apoyando los mismos mediante la “promoción de la Salud” por parte de los financiadores de la salud.

Para el enfermo, el reto es responder con las estrategias apropiadas de resolución de problemas y toma de decisiones asociadas con la condición de la enfermedad, que tienen que ver con sus nuevos hábitos de vida, las formas de control de la enfermedad y el reacondicionamiento de sus rutinas, actividades y cotidianidad en general (afrentamiento instrumental). Son de vital importancia las expectativas, las creencias, las actitudes y sentimientos con los que éste aborda su nueva condición.

Debido a esto, el objetivo de este estudio, de tipo no experimental, será el de examinar las actitudes y afrontamientos emocionales e instrumentales del paciente crónico, en su nueva condición, favoreciendo su adaptación y mayor calidad de vida posibles a fin de divulgar los datos obtenidos, contribuyendo al desarrollo de **Programas de Promoción de la Salud** que permitan redistribuir el capital invertido, en áreas desatendidas hasta hoy, como lo es la Psicología.

Objetivo General

Investigar cuales son los estilos de estrategias para afrontar el estrés en personas adultas con diagnóstico clínico en cuatro patologías crónicas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipemia e Hipo-Hipertiroideas).

Objetivos Particulares

- Evaluar la intensidad de las estrategias de afrontamiento (Resolución de problemas, Autocrítica, Expresión emocional, Pensamiento desiderativo, Apoyo social, Reestructuración cognitiva, Evitación de problemas, y Retirada social) en una muestra de personas que padecen Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipemia e Hipo-Hipertiroideas.
- Evaluar el grado de autovaloración de la vida (y sus cuatro factores Gratitude, Esperanza, Satisfacción con la vida, y Significado de la vida) en una muestra de personas que padecen Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipemia e Hipo-Hipertiroideas.
- Relacionar la intensidad de las estrategias de afrontamiento con el grado de autovaloración de la vida en la muestra de personas. En el mismo sentido, relacionar ambas variables en las cuatro submuestras de personas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipemia e Hipo-Hipertiroideas).

Marco Teórico

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obligan a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que las personas deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (Vinaccia, Tobón, Moreno San Pedro, Cadena & Anaya, 2005a; Vinaccia, Quiceno, Contreras, Zapata, Fernández, Bedoya & Tobón, 2005b; Vinaccia, Contreras, Palacio, Marín & Tobón, 2005c).

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de las personas, condición que suele durar toda la vida (Simón, 1999).

Caplan define “crisis” como «un periodo transicional que representa tanto oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como peligro de una mayor vulnerabilidad cuyo desenlace, en cualquier ejemplo particular, depende hasta cierto punto de la forma en que maneje la situación». Su denominador común es el hecho de que la persona tiene dificultades para aceptar su nueva situación, lo que conlleva el empobrecimiento de la personalidad, el incremento de la angustia y la merma de su calidad de vida. (Caplan, 1980).

Cuando se estudia la respuesta emocional de hombres y mujeres, no sólo como consecuencia de una situación estresante, sino como resultado de la relación entre dicho estímulo y los recursos de enfrentamiento de cada persona, se puede observar que para cada tipo de estresor hay estilos de afrontamiento más adecuados que otros; es decir, hay enfrentamientos más protectores y otros más ineficientes, y en esa medida generadores de mayor

perturbación psicológica. Esta visión se enmarca en la teoría de Lazarus y Folkman (1984).

Se conceptualiza el estrés que sufren los seres humanos como muy diferente de lo que ocurre en animales, dados los elementos cognitivos y emocionales que están presentes en la lectura de la situación estresante y en la percepción de los propios recursos para responder a ella. Hablar de estrés no es hablar de un tipo de estímulo, o de un tipo de respuesta, sino que es el producto de una relación entre la persona y el medio ambiente. En esta concepción la percepción subjetiva de una experiencia y la percepción de la propia capacidad para reaccionar a ello median en forma importante la cualidad e intensidad del efecto emocional experimentado. La percepción de una determinada situación estará teñida por las experiencias vitales previas, la personalidad del sujeto, y el contexto en el cual el estímulo estresante es experimentado. El estilo de enfrentamiento de esa situación o estímulo también estará modelado a partir de la personalidad del sujeto, las experiencias emocionales anteriores y el significado social de la experiencia.

Estilos de afrontamiento

En la conceptualización de los autores Lazarus y Folkman ya citados, el estilo de enfrentamiento (“coping style”) se define como el esfuerzo cognitivo y conductual orientado a controlar, manejar, o convivir con el estrés en situaciones en que el estímulo adverso, de acuerdo a la propia percepción del sujeto afectado, excede los recursos personales para enfrentarlo.

De acuerdo a esta concepción las estrategias primarias de enfrentamiento del estrés se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Focalizadas en la comprensión del estímulo o situación adversa.
- Focalizada en la solución del problema que se genera a partir de dicha situación.
- Focalizada en la expresión de las emociones que produce.

Cada estrategia tiene su propio mérito y ninguna es mejor que la otra. Si una estrategia es apropiada para el individuo y no hay efectos perjudiciales (en el

momento o a futuro) se la considera una herramienta apropiada para la reducción de estrés.

Otra clasificación distingue estrategias de evitación activa (“evito ver mujeres embarazadas o encontrarme con parejas con hijos”), estrategias de confrontación activa (“muestro mis sentimientos, pido consejos”), estrategias de evitación pasiva (“ya ocurrirá, espero un milagro”) y estrategias basadas en atribuir un significado positivo a la experiencia (“la espera que implica hacer tratamiento para intentar embarazo me sirve para crecer como persona”).

Ante lo dicho, cada sujeto se enfrenta pues a un tratamiento inevitable.

Adherencia al tratamiento

El cumplimiento o adherencia al tratamiento médico es definido por varios autores. Sackett y Snow (1979) la describen como “el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica”.

Se puede establecer la adherencia como un fenómeno psicológico más que médico. Las cifras estimadas de adherencia parecen no sufrir modificaciones en estudios conducidos en la década de los 90 comparada con las más recientes. Los reportes muestran que es de 50% el cumplimiento en enfermedades crónicas y varía entre 31 y 49% en enfermedades agudas (Duran Rivera y Gallegos 2001, Martin et al. 2005; Sherbourne et al. 1992).

Asimismo la adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. En la misma línea, según Meichenbaum y Turk (1991), el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Así mismo, Bimbela (2002), propone que es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Por su parte, Amigo, Fernández y Pérez (1998), definen la *adhesión terapéutica* o conducta meta, como la incorporación (puntual, si se trata de una prescripción para un problema agudo; o definitiva, en caso de intervenciones preventivas o trastornos crónicos) en las rutinas cotidianas de la persona (al efecto de fortalecer la nueva práctica, situándola bajo las mismas claves del contexto ambiental y social que controlan otras conductas habituales) de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) beneficiosos para el sujeto (bien por la eliminación de condiciones aversivas como por ejemplo síntomas, desaprobación social, reducción de miedos etc.; bien por la obtención de ventajas, como la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.)

La falta de adherencia tiene un claro impacto sobre el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. Meichenbaum y Turk (1991) identificaron cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento:

Variables del paciente: Características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos.

Variables de la enfermedad: El hecho de tratarse de un trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; la estabilidad de los síntomas; y las características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas).

Variables del tratamiento. Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento;

características del tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; y efectos secundarios de la medicación.

Variables de la relación. Comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada.

Para lograr la adherencia necesaria para un mejor control y una adecuada calidad de vida, se promueven distintos modelos conductuales que se dividen en tres categorías:

Los *modelos operantes* que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión.

Los *modelos de comunicación* que buscan mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión.

Los *modelos cognitivos* que están basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social de Bandura y en los modelos cognitivos de decisión.

La conducta de adhesión al tratamiento se ha relacionado entonces con la autoeficacia, según Anderson (2000) citado por Ortiz (2004) la cual se encuentra correlacionada positivamente con las conductas de salud deseadas.

Amigo, Fernández y Pérez (1998), citan la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1977) que hace referencia a la convicción de la persona, de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados.

También está el modelo de Fernández et al. (2003), Actitud + Influencia social + Auto-eficacia, donde se propone que un paciente adherente debe tener una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, una influencia social que le incite a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de seguir la prescripción médica.

El tratamiento médico-paciente

¿Cuáles son las variables determinantes del cumplir o no cumplir las recomendaciones médicas?

La respuesta a dicha pregunta es aún una incógnita. Desde la perspectiva de la psicología social, variados modelos teóricos se han propuesto explicar los factores potenciales que pueden mediar y afectar el proceso de cumplimiento de las recomendaciones médicas.

El modelo de las creencias sobre la salud menciona: las creencias y opiniones acerca de la enfermedad y el tratamiento, la percepción de susceptibilidad y la motivación hacia la salud como predictores relevantes.

La teoría de la acción razonada dice que las actitudes, normas e intenciones conductuales son mediadores de la toma de decisión acerca de cumplir o no cumplir el tratamiento. Recientemente, se sugieren modelos integradores de diferentes teorías que tienen la ventaja de explicar con mayor exactitud el fenómeno de la adherencia (D' Anello 2006).

Patologías crónicas

La elección de cuatro patologías de desorden metabólico no es caprichosa, sino que responde a seguir la línea del llamado Síndrome Plurimetabólico que si bien incluye otras como la obesidad, no mencionadas en el presente, aluden a desordenes del mismo estilo y que tienen la característica de *potenciarse* entre ellas en pos del agravamiento de un sujeto.

Para conocerlas sintéticamente, se podría decir que se denomina genéricamente dislipemia a las alteraciones del metabolismo lipídico - concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos o ambos a la vez, superiores a los valores normales para la población general. Establecer niveles de elevación resulta difícil debido a las variaciones poblacionales y a que no se ha podido establecer claramente un umbral que permita diferenciar entre alto y bajo riesgo.

Los niveles elevados de triglicéridos en sangre están vehiculizados por las VLDL y los quilomicrones en su mayor parte, aunque los niveles de triglicéridos plasmáticos representan los triglicéridos de todas las fracciones de lipoproteínas plasmáticas. (Lu W, Resnick HE, Jablonski KA, 2003).

Las dislipemias consisten en alteraciones cualitativas o cuantitativas en las diversas familias de lipoproteínas plasmáticas. Estas últimas, participan activamente en el transporte sanguíneo de los lípidos y se caracterizan por presentar distintas composiciones en relación al colesterol libre o esterificado, triglicéridos, fosfolípidos y composición proteica (apoproteínas). Las Dislipemias primarias son aquellas que se deben a errores genéticos que afectan a las apoproteínas, enzimas involucradas en el proceso metabólico o a los receptores celulares de las lipoproteínas. Las secundarias, en cambio, se producen por alteraciones adquiridas en la función de alguno de estos componentes por efecto del tipo de alimentación, de fármacos o por patologías subyacentes. Los lípidos desempeñan diferentes tipos de funciones biológicas: de reserva energética; función catalizadora de hormonas o mensajeros químicos facilitando determinadas reacciones químicas; función transportadora: absorbiendo en el intestino gracias a la emulsión de las sales biliares. Hay distintos criterios para definir el síndrome metabólico (SM) y las guías del National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP-III) lo identifican como un objetivo terapéutico secundario para reducir el riesgo cardiovascular, una vez alcanzado el objetivo de reducción de los valores de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad. En algunos estudios los individuos presentan hasta 3 veces más riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), se define como un trastorno metabólico, caracterizado por hiperglucemia y desequilibrio del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, debido a la poca eficacia de la insulina en los tejidos. Constituyendo un problema de salud pública de primera magnitud que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a ser una epidemia en países en desarrollo (Castro, 2006).

Asimismo se podría definir hipertensión arterial como una enfermedad crónica asintomática que se caracteriza por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 120 mm Hg. y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 80 mm Hg., (Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure, [JNC-VII], 2003)

El reporte de enfermedades crónicas no transmisibles, en particular, en enfermedad cardiovascular, ofrecido por el Observatorio de Salud Pública de Santander (Colombia) en su diagnóstico de salud en el departamento (Rodríguez, Buendía, Hormiga y González, 2006) muestra cómo la hipertensión arterial constituye la principal causa de morbilidad por enfermedad cardiovascular atendida durante el año 2005 en ambos géneros y regímenes de afiliación en la población, siendo las mujeres las que constituyen el mayor porcentaje. También señala que le siguen los trastornos dislipidémicos, la diabetes mellitus y la obesidad. Al mismo tiempo anota cómo todos estos, constituyen factores de riesgo para enfermedad cardiovascular isquémica.

Como un complemento de los datos de morbilidad se puede considerar el índice DALY (*Disability-Adjusted Life years*) de la OMS, que se refiere a la pérdida de calidad de vida expresada en años, que para el caso de la hipertensión y la diabetes mellitus, son las enfermedades crónicas que más años DALYS perdidos aportan en el ranking de las enfermedades no transmisibles en los países americanos. Este perfil epidemiológico de los países en desarrollo, junto con el envejecimiento progresivo de la población, generan además un crecimiento en la demanda de los servicios de salud (Escobar, Petrásovits, Peruga y Silva, 2000).

El hipertiroidismo (HT) es una enfermedad que puede acompañarse de manifestaciones cardíacas diversas (trastornos del ritmo, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica). A veces se presenta de forma atípica o con poca sintomatología. La misma es una enfermedad provocada por el exceso de acción de las hormonas tiroideas a nivel de sus órganos blanco. El hipotiroidismo en cambio alude a un pobre funcionamiento de la mencionada glándula.

Estrategias de afrontamiento

Una vez centrados en el objeto de estudio, se podría decir que dentro del campo de la psicología, el concepto de afrontamiento ha tenido gran importancia durante más de 40 años y ha cambiado su sentido según el momento y las personas que lo han estudiado.

Recordemos que según Lazarus y Folkman (1984), se entiende por estrategias de afrontamiento a los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar demandas externas e internas generadoras del mismo, como el estado emocional desagradable que puede llegar a producir. Desde un marco transaccional plantean la necesidad de focalizar este constructor como un proceso que implica la interacción entre el sujeto, sus recursos y el ambiente.

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre bienestar psicológico y calidad de vida. Conciben el afrontamiento como esfuerzos cognitivos-conductuales constantemente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas y/o externas percibidas como excedentes o desbordantes de los propios recursos. Se la podría valorar como una variable moderadora que modifica los efectos desestabilizadores del estrés.

Es posible que el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés lleve a que éste se mantenga en el tiempo sin resolverse, incidiendo en el origen o exacerbación de la enfermedad.

Existen básicamente dos líneas predominantes del afrontamiento. Un punto de vista pone énfasis en la orientación o foco, diferenciando entre formas de afrontamiento activas y pasivas de afrontar un problema. La segunda clasificación, según el foco, es efectuada entre respuestas por aproximación, entendidas como esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse ante el evento estresante y respuestas por evitación que incluye los esfuerzos

cognitivos y/o conductuales para evitar pensar en el estresor o reducir la tensión a través de conductas de escape (Moos, 1998).

En resumen, se podría decir, que el afrontamiento centrado en la emoción busca regular la emoción causada por el distrés y el afrontamiento centrado en el problema intenta manejar el problema que lo origina. (Rodríguez – Marín, 2001).

Es posible que el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés lleve a que éste se mantenga sin resolverse, incidiendo en el origen o exacerbación de las mismas. En un estudio realizado por Cheng, Hui y Lam (2000) se halló que las personas con Diabetes Mellitus se caracterizaron por tener un estilo de afrontamiento orientado a la acción, de tipo no discriminativo respecto a los sucesos estresantes de diferente extensión y controlabilidad, en comparación con las personas sanas, quienes tendieron a usar estrategias de afrontamiento más discriminativas respecto a los sucesos vitales estresantes.

Las estrategias de afrontamiento también fueron estudiadas en otro trabajo realizado por Lee et al. (2000). En él se examinaron las estrategias de afrontamiento en un grupo de 30 pacientes con Diabetes Mellitus, comparándolo con un grupo control de 30 personas sanas. Hallaron que, en comparación con las personas sanas, los pacientes con diabetes tendían a utilizar un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, igualmente no hubo diferencias significativas en el empleo de otras estrategias de afrontamiento. A diferencia, en este estudio se encontró que la mayoría de la muestra utiliza con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento de *focalización de solución a problemas, reevaluación positiva y evitación*.

Actualmente se considera el afrontamiento de la adversidad como un aspecto muy relevante del funcionamiento personal. La gran eclosión del afrontamiento como objeto de estudio se produjo con la «revolución cognitiva», concretamente a partir del trabajo de Lazarus. En consonancia con el paradigma dominante en ese momento, planteó su teoría relacional del estrés como proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones. Tras varias décadas de investigación, el modelo ha demostrado su viabilidad para

comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida.

Si bien Lazarus mantiene los aspectos esenciales de la teoría, por una parte la ha convertido en una teoría de las emociones, incluyendo las valoraciones no estresantes de las situaciones, y por otra parte ha dado un giro epistemológico y metodológico hacia posiciones constructivistas y cualitativas. Desde el punto de vista psicosocial, los padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes afectan a la población, principalmente de dos formas: Deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios y, por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia, entre otros (Escobar et al., 2000).

Las enfermedades crónicas repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. En el caso de los diabéticos se ha informado de mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía (Bradley, 1997).

En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica. Además, por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Wells y Judd, 1996), se ha informado además, mayor angustia, problemas de funcionamiento sexual, de sueño y autocontrol (Hume, 1989).

Completariamente a estos comportamientos, se presentan otros ocasionados por el mismo tratamiento farmacológico como dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja energía o efectos sedantes, entre otros (Kaplan, 2002).

En virtud de que los deterioros de las personas con estas afecciones se dan también, como se vio, en sus dimensiones no sólo biológica, como enfatizan algunos tratamientos (Ogihara, Nakagawa, Ishikawa, Mikami, Takeda y Nonaka, 1992) sino también psicosocial, las acciones y programas de atención en este sentido resultan necesarios y pertinentes (Knight y Camic, 1998) a fin de restablecer el mayor bienestar o calidad de vida posible en estas personas.

Antecedentes sobre el tema:

Aunque, al presente, el estado del conocimiento apunta hacia enfatizar las variables de corte psicosocial en el estudio de dicho proceso, está claro que el poder explicativo está supeditado a varios factores que van desde el tipo de tratamiento, cuya naturaleza llega a presentar un grado de complejidad que dificulta su cumplimiento, hasta el tipo y evolución de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas representan un desafío para los médicos tratantes. Las condiciones ideales estarían representadas por un diagnóstico exacto, un tratamiento efectivo y un paciente que cumpla al 100% (nada más alejado de la situación real).

En sociedades donde el sistema de salud es deficitario, la escolaridad es aún baja y las prácticas mágico-religiosas aún prevalecen en la búsqueda de cura a muchas enfermedades, no extrañaría encontrar tratamientos alternativos, interrupciones injustificadas y mucha ignorancia sobre la importancia del cumplimiento de las recomendaciones médicas (Sánchez 2006).

El modelo del “Sentido Común de la Enfermedad y la Salud” (Leventhal 2001) propone que “en el encuentro”, paciente y médico traen consigo conocimientos, actitudes y expectativas respecto a los síntomas y la enfermedad, en el primero fundamentados en su experiencia sociocultural y en el segundo basadas en un aprendizaje sistemático y científico.

La calidad y efectividad de la relación va a depender del ajuste que se pueda establecer entre esos dos mundos. Por tanto, el médico exitoso debe estar conciente que tomar en consideración la representación que tiene el paciente de su enfermedad es esencial para crear una alianza terapéutica. Esto es particularmente importante en el caso de las enfermedades crónicas debido a que la relación se llega a extender por períodos de tiempo largos. Asimismo se entorpece cuando el paciente, que recibe un diagnóstico que no es de “su agrado” inicia un deambular constante de médico en médico buscando una

respuesta distinta que lo satisfaga y le permita continuar con su vida como hasta el momento.

Después de 30 años de estudiar la satisfacción del paciente con la atención médica y la comunicación médico-paciente, DiMatteo (2000) afirma que un médico que no es apoyador, que culpabiliza, ignora o critica al paciente no promueve su curación. Las habilidades comunicacionales que faciliten la retroalimentación y un tono emocional empático, constituyen elementos indispensables en la relación médico-paciente. Se ha demostrado extensamente la relación entre estilo comunicacional y sus efectos sobre la satisfacción y el cumplimiento. El estilo denominado “centrado en el paciente” en contraposición al “centrado en el médico”, ha resultado claramente más eficiente; presenta implicaciones obvias ya que las habilidades que facilitan la expresión por parte del paciente de sus necesidades, expectativas, opiniones y sentimientos, son consideradas cruciales.

La relación médico-paciente también puede evaluarse según el objetivo de la relación; se diferencia entre el modelo interpersonal de relación según el cual la enfermedad es considerada como un todo, el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación y el modelo técnico de servicio, en el que la atención se centra en el órgano enfermo y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita la reparación del mismo (Carrera 2005). Sin perjuicio de lo antedicho, el modelo paternalista es el predominante en la mayoría de las culturas. El médico activamente selecciona la intervención que ha determinado como la mejor para el paciente y su bienestar, el rol del paciente es fundamentalmente pasivo y su función se limita a cumplir con las recomendaciones médicas.

Ahora, si bien, la práctica médica se caracteriza por una estrecha relación entre el personal que la ejerce y la persona que solicita sus servicios, en los tiempos contemporáneos se hace cada vez más difícil la interacción adecuada entre el médico y sus pacientes.

El alto número de pacientes por médico en un lapso de tiempo asignado constituye uno de los aspectos más limitante para que dicha relación trascienda el ámbito de lo físico a lo emocional.

La mercantilización de la medicina junto con la despersonalización de la atención que las nuevas épocas han impuesto trae consigo la sustitución de la clínica por el uso indiscriminado de la tecnología (Rivera 2006).

Es entonces donde la labor del psicólogo se hace imprescindible, a fin de sustituir la despersonalización.

Factores relacionados con la adherencia terapéutica

Ampliando lo antedicho, para la OMS (2004) el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud, considerando dentro de esta definición el término *médico* como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud).

Además, cuestiona la palabra *instrucciones* que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

Esto podría significar que la mayoría de las enfermedades de alta incidencia (patologías crónicas tales como la Diabetes, la hipertensión arterial, las dislipemias) se podrían prevenir o tratar con un compromiso activo por parte del paciente y la entidad de salud que lo atiende.

Paradójicamente, los avances en ayudas diagnósticas y a nivel farmacológico han logrado controlar las cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos pero no han logrado reducir exitosamente la morbimortalidad cardiovascular en los pacientes (Whelton et al., 2002). ¿Por qué?

En el transcurso de la lectura se han encontrado investigaciones que tenían por objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de enfermedad en diferentes patologías crónicas y mejorar la adherencia al tratamiento. Un ejemplo es la investigación llevada a cabo en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia con personas con diagnóstico de hipertensión arterial. (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, Varela. Revisado el 2 de Junio de 2006 y aceptado el 12 de Junio de 2006). Como resultado del mismo se considera importante destacar que el programa biopsicosocial logró, al final de la intervención, disminuir en niveles significativos la Presión arterial sistólica, mientras que la Presión arterial diastólica se mantuvo igual pero en niveles controlados. Esto permite considerar que es posible a través del trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud, dar respuesta al llamado que está haciendo la OMS (2005), de realizar programas efectivos que ayuden a disminuir la epidemia y las muertes prematuras por las enfermedades crónicas. En Adherencia al tratamiento, las diferencias pre y post intervención fueron estadísticamente significativas. Los programas orientados a incrementarla cumplen generalmente condiciones de ser multicomponentes, porque apuntan a ir más allá de la mera información y educación, se orientan a proveer habilidades prácticas que permitan no solo el cumplimiento de recomendaciones médicas, sino actitudes y comportamientos que vinculen al paciente activamente con todo el proceso del tratamiento.

La motivación como factor de cambio

Por su parte, los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud (Amigo, Fernández & Pérez, 1998, citados por Correa, Arrivillaga & Varela, 2004; Remor, 2002).

A fin de favorecer la adaptación y mayor calidad de vida posibles, nos encontramos ante la necesidad de promover Programas de Promoción de la Salud. Se podría citar como ejemplo de lo que realizarían las Obras Sociales y Pre-Pagos de nuestro país, la investigación realizada por Meichenbaum & Turk (1991), quienes plantean que las dos estrategias más estudiadas con relación a la adherencia al tratamiento han sido la educación del paciente y la modificación de conducta (e.g., autoregistros, establecimiento de metas, feedback correctivo, contrato conductual, procedimientos para fortalecer compromisos y sistemas de reforzamiento) demostrando esta última ser la más exitosa. A su vez, indican que el objetivo de éste tipo de programas es el de promover la implicación del paciente, su autocontrol, y el mantenimiento a largo plazo en ausencia de supervisión por parte del profesional de la salud.

De cara al futuro

Se considera que un programa adecuado es aquel que en lugar de abonar prestaciones médicas y medicamentos en forma indiscriminada, coloca al paciente en un rol “activo” convirtiéndolo en parte importante de su tratamiento. Durante los últimos diez años se han puesto en funcionamiento diferentes programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad:

Programas antitabáquicos, de control de la obesidad, charlas y talleres de reflexión sobre hipertensión y enfermedad coronaria, campañas de detección de factores de riesgo.

Incluso programas de patologías crónicas en los cuales la Entidad de Salud entregaba los medicamentos pidiendo a cambio solo un control semestral de los valores que la indican.

Para confirmar lo antedicho, se ha consultado al Dr. Carlos Larrousse. Gerente Médico de ABC S.A., gerenciador de Obras Sociales Nacionales desde 1995, quien afirmó: *“Lamentablemente al día de la fecha podemos citar estadísticas alarmantes. Tomando como ejemplo la patología Diabetes Mellitus, en el año 2011 se consideró a nivel nacional que el 8,5% de la población de cada Obra Social o Prepago es Diabética y sin embargo de dicho porcentaje solo el 50% se encuentra en tratamiento. A su vez, de ese 50% solo el 60% consume la medicación prescrita”*.

Panorama Mundial

Según un reporte de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2005), las enfermedades crónicas, son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente. En el mismo informe se resaltan las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas: «Esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente», «Es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se saben que pueden reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas». Se propone en este nuevo informe un objetivo mundial: Disminuir la tendencia prevista para la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta el 2015. Con esto se evitará que 36 millones de personas mueran de enfermedades crónicas en el próximo decenio, casi la mitad de ellas antes de cumplir los 70 años. También allí se hace alusión, a que el 80% de las enfermedades crónicas se producen en los países pobres donde vive la mayor parte de la población mundial (OMS, 2005). (Bacon, Sherwood, Hinderliter & Blumenthal, 2004; Barrera, Cerón & Ariza, 2000; Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades & Tweedy, 2002; Kaplan, 2000 citado por Fernández, González.

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que, una enfermedad y su consecuente tratamiento, tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Ericsson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Hay numerosas evidencias de que a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, encontrándose personas con grados importantes de limitación física que consideran su calidad de vida buena (Leplége & Hunt, 1998).

Panorama Nacional

Entre muchos, uno de los últimos programas puestos en práctica en lo que a patologías crónicas se refiere, incluye la obligatoriedad de comunicarse a un Contac Center para solicitar los medicamentos. Allí estudiantes de psicología atienden a los pacientes, los escuchan y los orientan.

Constituye un intento por obtener respuestas de parte “directa” de los solicitantes. Hoy cuenta con 16.000 pacientes de distintas patologías.

Periódicamente las Instituciones y sus mandatarias se reúnen para exponer en la mesa de trabajo las respuestas obtenidas de parte de los enfermos a fin de elevar luego un informe a las distintas entidades de salud.

El resultado hoy es por demás desalentador. Son muy pocas las personas que desean algo más que sus medicamentos. La salida rápida que les proporciona esta “ingesta” les permite mantenerse fuera y evitar sentirse implicados. Las reuniones de reflexión planteadas, la oferta de talleres y charlas obtiene un resultado desértico. Los intentos “micro” o aislados no logran operar cambios en el afrontamiento.

Tanto la Fundación Cardiológica Argentina, como la Asociación Argentina de Diabetes y el Instituto de Investigaciones Metabólicas tienen en marcha varios programas de educación que incluyen además la posibilidad de practicar actividad física en forma gratuita.

Para lograr este fin, todas las propuestas que incluyen los programas fueron diseñadas unificando los siguientes ejes: médico, pedagógico y social con asesoramiento de profesionales idóneos en cada una de las disciplinas. Sin embargo no es suficiente.

La falta de compromiso de quienes padecen patologías crónicas es por demás llamativa. Es por ello que se considera que obtener una casuística del tipo de estrategias de afrontamiento utilizado por las personas aparece como un primer paso prometedor. *“Saber con que contamos, para saber como hacerlo”.*

Instrumentos usados a nivel internacional

Se ha trabajado con la adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) al ámbito español, tanto por la escasez y limitaciones de los instrumentos disponibles en nuestro idioma, como por las excelentes potencialidades que ofrece el CSI.

Como ejemplo, podría citar que el mismo fue traducido y aplicado a una muestra de 337 personas adultas de características sociodemográficas diversas, recogida de forma incidental en actividades formativas en la provincia de Sevilla, España. El CSI se comportó de forma válida y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento en una amplia variedad de situaciones.

Con respecto al proceso de afrontamiento, han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Según Pelechano (España), no son conceptos contrapuestos, sino complementarios ya que si bien el primero representa formas estables y consistentes de afrontar el estrés, el segundo se refiere a acciones más específicas.

La noción de estrategia presenta ventajas con respecto a la de estilo, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, que la han convertido en más atractiva desde la perspectiva de la intervención. No es de extrañar que haya propiciado mayor interés de la investigación.

Folkman y Moskowitz, en el año 2004, plantean dos etapas históricas en la evaluación de las estrategias de afrontamiento. En un primer momento apareció la valoración cuantitativa mediante escalas de comprobación, calificación, cuestionarios e inventarios psicométricos. El sujeto describía la situación estresante y calificaba según una escala dicotómica o tipo Likert elementos referidos a acciones de afrontamiento. Como las autoras apuntan, la evaluación cuantitativa de las estrategias de afrontamiento presenta inconvenientes, como tener que recordar la situación estresante o bien relatarla de forma inmediata, la excesiva longitud de los instrumentos, la confusión del afrontamiento con sus resultados o la necesaria restricción del número de estrategias de afrontamiento contempladas. En un segundo

momento, más reciente, y en parte para subsanar estas deficiencias, se han empezado a utilizar procedimientos cualitativos, como el análisis narrativo, que permite, entre otras cosas, profundizar en el significado individual de la situación, aclarar qué estresor se está afrontando o descubrir nuevas formas de afrontamiento no previstas en los cuestionarios.

Oblitas (2006) menciona que ser diagnosticado con Diabetes suele asociarse con una serie de temores, perplejidad e incertidumbre y que el diagnóstico de la enfermedad supone sufrimiento en mayor o menor grado sobre la persona enferma; pero a pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la enfermedad estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los 2 pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

El impacto emocional y conductual que se observa en la mayoría de las personas que han sido diagnosticadas con Diabetes, se debe a: tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y tener que modificar sus comportamientos con el propósito de sobrellevar saludablemente las situaciones que se le presenten.

La dificultad radica en establecer, dentro del amplio mundo de las variables psicológicas, cuáles tienen un mayor peso específico a la hora de predecir el tipo de patología física que puede tener un individuo, o bien cuáles pueden predecir un mejor ajuste, calidad de vida y un mayor tiempo de supervivencia una vez establecida la enfermedad. Algunas de las variables psicológicas estudiadas son, por ejemplo, personalidad, afrontamiento, soporte social, stress, ansiedad, depresión, rotulación y evaluación del problema, por ejemplo (Grossarth-Maticek, 2000; Schnoll, Harlow, Stolbach & Brandt, 1998; Stiebler Leal, 1993).

Si sumamos la importancia de establecer vías de conexión entre los aspectos psico-sociales y los biológicos, comprenderemos que la dificultad es máxima y que, dada nuestra capacidad limitada de procesamiento, debemos contentarnos, hoy por hoy, con establecer relaciones empíricas entre algunas

variables tanto biológicas, como psicológicas y sociales: por ello uno de los aspectos a estudiar que ha cobrado gran importancia es el afrontamiento.

Stiebler Leal (1993) constató una asociación significativa entre las respuestas psicológicas iniciales de las pacientes al diagnóstico y los resultados de la progresión de la enfermedad después de cinco, diez y quince años. Las consecuencias favorables fueron más frecuentes en pacientes cuyas respuestas fueron categorizadas como negación o espíritu de lucha, no así la aceptación estoica ni la desesperanza. *Stiebler Leal, V. (1993).*

Ya se encuentran bien determinados los factores de riesgo “controlables”, responsables por 90% de la más expresiva forma de las ECVs, el infarto agudo de miocardio, comprendiendo la dislipidemia, diabetes mellitus tipo II (DM-II), tabaquismo, hipertensión arterial sistémica, exceso de peso con distribución central y ansiedad/depresión. También es conocido que tres factores de riesgo - tabaquismo, dieta inadecuada y bajos niveles de actividad física - contribuyen al desarrollo de 4 enfermedades crónicas importantes - ECV, DM-II, enfermedades pulmonares y varios tipos de cáncer -, responsables por más de 50% de las muertes en todo el mundo.

La necesidad de un tratamiento psicológico

Los aspectos que caracterizan la enfermedad crónica son la incertidumbre, la progresión, más o menos lenta, y la impredecibilidad de la propia enfermedad, lo cual produce en el paciente una gran sensación de ansiedad (Goodheart, 1997). Experimentar un número mayor o menor de amenazas y pérdidas varía según el paciente, pero para la mayoría, el afrontar lo que se ha denominado una *segunda vida* (Rabkin y Ferrando, 1997) es un proceso no exento de dificultades que requiere un tratamiento no sólo médico sino también psicológico.

No resulta, por tanto, sorprendente que un gran número de revistas médicas llame la atención sobre la creciente necesidad de *educar* al paciente, de promover intervenciones tipo *counseling* para obtener cambios de conducta, o de instar al personal sanitario a tener en cuenta otras variables que superan las

estrictamente biológicas, trabajando en equipo con profesionales expertos en la conducta. (Mc Cormack, 1996).

Y es ahí donde los psicólogos y los psicopedagogos tienen un irrenunciable papel que asumir. Más aún cuando existe una ausencia de claridad de conceptos que va en detrimento no sólo de estos profesionales sino de los propios enfermos, o de aquellos que pueden serlo por presentar conductas de riesgo. Como es bien sabido en el ámbito Psicológico, el *counseling* y la psicoterapia son dos extremos de un mismo continuo donde la diferencia estriba en la gravedad del problema y la formación del terapeuta (Patterson, 1978).

El término *counseling* es un anglicismo que comprende diversas áreas de trabajo y apunta a la prevención y atención de problemas de la vida cotidiana o conflictos relacionados con crisis vitales tales como sexualidad, adolescencia, relaciones de pareja, adicciones y otros con un importante uso de recursos provenientes de la psicología. Es, una ayuda psicológica que admite todo tipo de técnicas, no sólo las propias de la escuela no directiva centradas en el apoyo emocional.

En la actualidad las más frecuentemente empleadas por su eficacia son las propias del enfoque cognitivo-conductual, pero siempre dependerá del tipo de problema, de la personalidad del cliente y de la formación del terapeuta o *counselor*.

El trabajo terapéutico debe proporcionarse a lo largo del proceso de la enfermedad a fin de mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida que puede verse disminuida por el estigma o la falta de apoyo social.

A la fecha, en ninguna de las diez Obras Sociales y prepagos en los que colaboro se ha logrado “implicar” al enfermo y que se sienta cuidado y contenido. Muy por el contrario, consideran que el desvío de recursos económicos en otras disciplinas como Psicología y Prevención Primaria son intentos de “no pagar lo que les corresponde”. En lugar de sentirse cuidados, se sienten abandonados.

Como ejemplo puedo citar que en la Dirección de Asistencia Social del Congreso, las charlas y talleres suelen sumar 5 o 6 aspirantes a “aprender” en un padrón de diabéticos de 1354, siendo los mismos libres y gratuitos.

Una persona no suele cambiar su conducta a través de una mayor información, se requieren habilidades y, sobre todo, motivación. Es una tarea de aprendizaje que se basa en el diagnóstico de las carencias y puntos fuertes de la persona y que para que sea eficaz, como toda actividad educativa, supone la acción del sujeto. Que la persona quiera y se comprometa en la tarea es función de la motivación, y a ésta se llega conociendo los valores, objetivos, expectativas y creencias de esa persona concreta y única.

Los folletos, cursos o talleres tienen función informativa, pero su posibilidad de cambiar la conducta es bastante escasa. Es preciso querer (motivación) y poder (habilidades), la carencia de uno de estos aspectos imposibilita el cambio.

La *educación* del paciente para que se comprometa en su tratamiento, como actualmente se pretende, no puede limitarse a dar mayor información. Y lo mismo puede afirmarse respecto a la prevención en sus tres niveles: primaria, secundaria o terciaria. Que la persona evite conductas de riesgo exige información, pero uno de los principales fallos de los programas de prevención (Gordillo, 1996 b) radica tanto en la exclusividad de este medio como en la falta de conocimiento de las circunstancias y necesidades del sujeto.

El proceso que se establece en la consulta no ocurre sólo a un nivel cognitivo, sino también, y en gran medida, a un nivel emocional (Van der Veuten, 1995; Cromarty, 1996). El médico contribuye a través de su conocimiento de las evidencias empíricas, explorando las creencias del paciente acerca de la salud (no siempre lógicas sino influidas por factores psicológicos y sociales) y desarrollando una opinión basada en la síntesis de ambas.

La experiencia personal del médico, impide que este diagnóstico sea absolutamente objetivo y, lo que es más importante, el paciente responde a este proceso emocional. Su ignorancia puede resultar insalvable si no admite la

incertidumbre como un componente lógico y necesario de la actividad clínica y busca por ello la colaboración del paciente (Logan y Scott, 1996).

Frecuentemente el personal sanitario no tiene el tiempo, los recursos o las habilidades necesarias para establecer este tipo de relación con el paciente. De aquí la conveniencia de trabajar en equipo con otros profesionales que le aporten la necesaria experiencia en estos ámbitos y, entre todos, proporcionar un cuidado completo del paciente: se ganaría así eficacia, calidad de vida y reducción del coste económico y social. (Davidoff, 1997; Betz et al. 1999). *Ese dinero podría reconducirse a las áreas de psicología hoy dejadas de lado.*

En algunas patologías como la diabetes, la adherencia o no al tratamiento y por tanto, la efectividad de la estrategia de afrontamiento utilizada se puede medir simplemente mediante un análisis clínico llamado Hemoglobina Glicosilada que indica si el individuo ha tenido o no altos niveles de azúcar durante las últimas semanas o meses y por lo tanto, si a seguido o no su tratamiento. Sin embargo, no todas las patologías crónicas poseen una forma sencilla de testearlas.

Sería pues necesario encarar Programas de Salud cuya meta sea medir la adherencia al tratamiento en el tiempo, cuya casuística nos muestre el camino a seguir en la reconducción del gasto en salud para una mejor calidad de vida de las personas.

METODOLOGIA

Muestra: no probabilística

Se han examinado cuatro muestras compuestas por personas que padecen Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipemia e Hipertiroidismo-Hipotiroidismo, de ambos sexos a partir de los 20 años de edad, provenientes de distintas Obras Sociales, (N = 120 aprox), reclutados de Capital Federal y Conurbano Bonaerense.

Se ha aplicado una técnica de muestreo no-probabilístico. Ninguno de los participantes de este estudio ha recibido compensación económica y todos completaron los dos instrumentos. Todos los participantes recibieron información acerca de los objetivos generales del estudio. Fueron invitados a participar en forma voluntaria y anónima sin informárseles la hipótesis del estudio, a fin de evitar sesgos en sus respuestas.

Unidad de análisis

Personas que padecen Diabetes Mellitus, Hipertensión, Dislipemia, Hipo-Hipertiroideas, con más de un año de diagnóstico de patología que residen en Capital Federal y Conurbano Bonaerense, de distintas obras sociales.

Criterios de exclusión

Se han excluido de la muestra aquellos casos de cuestionarios incompletos, o respondidos en forma incorrecta. También se excluyeron personas que padecen otras patologías crónicas, distintas a las mencionadas y personas con menos de doce meses de tratamiento.

Variables

Independiente: Patología Crónica

Dependiente: Estrategia de Afrontamiento:

Interviniente: Calidad de vida por adherencia al tratamiento

Descripción de los instrumentos

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).

Presenta una estructura jerárquica compuesta por estrategias primarias, secundarias y terciarias (Tobin, Holroyd, Reynolds, & Kigal, 1989; Cano García, 2007). En el presente estudio solo se emplearon las escalas primarias. El inventario se divide en tres partes, en la primera, el participante comenzó por describir por escrito o concentrarse en una determinada situación estresante. En la segunda, respondió preguntas orientadas hacia la situación estresante antes pensada o descrita.

El inventario está compuesto por 72 ítems en una escala de tipo Likert de cinco puntos (siendo 0= No en absoluto a 4= Totalmente). En la tercera parte, respondió un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento (“¿En qué grado manejó adecuadamente la situación?”) en una escala Likert de 0 (Nada) a 4 (Totalmente).

El inventario demuestra excelentes propiedades psicométricas con un coeficiente de consistencia interna entre .63 y .89. La validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y la eficacia percibida del afrontamiento (ver Cano García, 2007).

Las escalas primarias son:

- (1) Resolución de problemas. Estrategias cognitivas y conductuales para eliminar el estrés modificando la situación que lo produce (ítems 1, 9, 17, 25, y 33);
- (2) Reestructuración cognitiva. Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante (6, 14, 22, 30, y 38);
- (3) Apoyo social. Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional (ítems 5, 13, 21, 29, y 37);
- (4) Expresión emocional. Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés (ítems 3, 11, 19, 27, y 35);
- (5) Evitación de problemas. Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante (ítems 7, 15, 23, 31, y 39);

- (6) Pensamiento desiderativo. Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante (items 4, 12, 20, 28, y 36);
- (7) Retirada social. Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante (items 8, 16, 24, 32, y 40); y
- (8) Autocrítica. Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo (item 2, 10, 18, 26, y 34).

Escala de Experiencias de Vida (EEV).

Evalúa las necesidades múltiples e interdependientes que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción. Las necesidades humanas universales son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La escala consta de 31 items, subdividida en cuatro subescalas: (1) Gratitud, que representa agradecimiento a la vida (items 2, 5, 8, 15, 16, y 23), (2) Esperanza, que representa afrontamiento al futuro (items 3, 7, 9, 11, 17, 18, 19, 20, 24, 27, 28, y 31), (3) Satisfacción con la vida, que representa lo más importante que se ha conseguido en la vida (items 1, 4, 13, 22, y 25), y (4) Significado de la vida, que representa lo que le da significado a la vida (items 6, 10, 12, 14, 21, 26, 29, y 30).

Se responde en una escala de tipo Likert de cinco puntos (1= Muy en desacuerdo a 5= Muy de acuerdo). Zylbermann (1987) señala que la fiabilidad interna de la escala es de .93, y la fiabilidad establecida para las otras cuatro subescalas tiene un rango entre .88 a .95.

Hipótesis

H1: Se encontrará una relación positiva entre las puntuaciones de estrategias de afrontamiento al estrés adecuadas o “positivas” (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional) con las puntuaciones de experiencias de vida.

H2: Se encontrará una relación negativa entre las puntuaciones de estrategias de afrontamiento al estrés inadecuadas o “negativas” (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social) con las puntuaciones de experiencias de vida.

Participantes

Se examinó una muestra de 100 pacientes que padecen cuatro patologías crónicas, a saber: diabetes (N= 25), hipertensión arterial (N= 27), hipertiroidismo-hipotiroidismo (N= 19), y. dislipemia (N= 29). La muestra está compuesta por pacientes de ambos sexos (44 mujeres y 56 varones), cuyas edades oscilaban entre los 28 a 62 años (Media = 57,03 años, DT= 10,52), provenientes de distintas obras sociales tales como Omint, ObsBa, Dirección Acción Social del Congreso de la Nación, Simeco, Plan de Salud del Hospital Británico, reclutados de Capital Federal y el conurbano bonaerense (ver Tabla 1):

FIGURA 1: VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA TOTAL*

Nivel Educativo	N
Primario	51
Secundario	50
Terciario	13
Universitario	22
Ocupación	
Comerciante	11
Profesional	20
Empleado administrativo	31
Ama de casa	13
Jubilado	9
Técnico	12
Sólo estudiante	4

Estado Civil	
Soltero	11
Casado	32
En pareja	26
Separado	18
Viudo	13

* Dado el número de casos (N= 100), los porcentajes son equivalentes.

Análisis

Los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 18. Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones de ambos instrumentos y las características demográficas de la muestra para obtener frecuencias y porcentajes de las respuestas de ambos grupos. Luego, se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Kolmogorov-Sminov (sugerido a > 50 casos).

FIGURA 2: PRUEBA DE NORMALIDAD: INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

<i>CSI</i>	<i>Pacientes crónicos</i>	<i>Estadístico Shapiro-Wilk</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
1. Resolución de problemas	Diabetes	,951	24	,288
	Hipertension arterial	,952	27	,244
	Hipertiroidismo	,941	19	,275
	Dislipemia	,940	29	,101
2. Reestructuración cognitiva	Diabetes	,892	24	,015
	Hipertension arterial	,956	27	,294
	Hipertiroidismo	,972	19	,821
	Dislipemia	,937	29	,083
3. Apoyo social	Diabetes	,937	24	,140
	Hipertension arterial	,905	27	,017
	Hipertiroidismo	,931	19	,178
	Dislipemia	,953	29	,215
4. Expresión emocional	Diabetes	,948	24	,250
	Hipertension arterial	,923	27	,045
	Hipertiroidismo	,941	19	,273
	Dislipemia	,956	29	,257
5. Evitación de problemas	Diabetes	,835	24	,001
	Hipertension arterial	,922	27	,044
	Hipertiroidismo	,911	19	,078
	Dislipemia	,917	29	,026
6. Pensamiento desiderativo	Diabetes	,886	24	,011
	Hipertension arterial	,922	27	,043

	Hipertiroidismo	,931	19	,183
	Dislipemia	,900	29	,010
7. Retirada social	Diabetes	,941	24	,170
	Hipertension arterial	,854	27	,001
	Hipertiroidismo	,925	19	,139
	Dislipemia	,928	29	,049
8. Autocrítica	Diabetes	,873	24	,006
	Hipertension arterial	,825	27	,000
	Hipertiroidismo	,936	19	,221
	Dislipemia	,897	29	,008
9. Afrontamiento	Diabetes	,817	24	,001
	Hipertension arterial	,865	27	,002
	Hipertiroidismo	,902	19	,053
	Dislipemia	,830	29	,000
10. Afrontamiento positivo	Diabetes	,935	25	,112
	Hipertension arterial	,934	27	,089
	Hipertiroidismo	,914	19	,089
	Dislipemia	,933	29	,066
11. Afrontamiento negativo	Diabetes	,952	25	,285
	Hipertension arterial	,941	27	,129
	Hipertiroidismo	,915	19	,090
	Dislipemia	,953	29	,219

FIGURA 3: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LA ESCALA DE EXPERIENCIAS DE VIDA

<i>Experiencias de vida</i>	<i>Pacientes crónicos</i>	<i>Estadístico Shapiro-Wilk</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
1. Gratitud	Diabetes	,867	24	,005
	Hipertension arterial	,897	27	,012
	Hipertiroidismo	,930	19	,170
	Dislipemia	,942	29	,114
2. Esperanza	Diabetes	,920	24	,057
	Hipertension arterial	,917	27	,034
	Hipertiroidismo	,912	19	,079
	Dislipemia	,973	29	,643
3. Satisfacción con la vida	Diabetes	,948	24	,246
	Hipertension arterial	,957	27	,318
	Hipertiroidismo	,974	19	,853
	Dislipemia	,981	29	,865
4. Significado de la vida	Diabetes	,960	24	,445
	Hipertension arterial	,963	27	,426
	Hipertiroidismo	,924	19	,132
	Dislipemia	,941	29	,104
Experiencias de Vida (Total)	Diabetes	,913	24	,040
	Hipertension arterial	,866	27	,002
	Hipertiroidismo	,916	19	,096
	Dislipemia	,899	29	,009

A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de ambos instrumentos (Sig. < .05) para los cuatro grupos de pacientes crónicos. Para el análisis, se empleó estadística no paramétrica, en particular el test de *H* de Kruskal-Wallis para las comparaciones y *Rho* de Spearman (r_s) para las correlaciones (ver Figuras 2 y 3).

RESULTADOS

TABLA 1: CORRELACIONES ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EXPERIENCIAS DE VIDA

CSI	Gratitud	Esperanza	Satisfacción con la vida	Significado de la vida	EV Total
1. Resolución de problemas	,322(**)	,232(*)	,195	,187	,116
	,001	,020	,052	,063	,253
2. Reestructuración cognitiva	,250(*)	,243(*)	,176	,175	,041
	,012	,015	,080	,082	,685
3. Apoyo social	,164	,158	,107	,110	,158
	,103	,117	,291	,274	,119
4. Expresión emocional	,289(**)	,094	,176	,129	,131
	,004	,350	,081	,199	,195
5. Evitación de problemas	-,196	-,123	-,130	,011	-
	,051	,221	,199	,917	,226(*)
6. Pensamiento desiderativo	,005	-,066	-,007	,100	,116
	,960	,517	,942	,321	,251
7. Retirada social	-,204(*)	-,147	-,146	-,034	-,193
	,042	,144	,146	,737	,056
8. Autocrítica	-,120	-,133	-,049	-,135	-,009
	,236	,188	,627	,180	,927
9. Afrontamiento	,563(**)	,527(**)	,224(*)	,444(**)	,072
	,000	,000	,025	,000	,480
Afrontamiento positivo	,341(**)	,255(*)	,196	,201(*)	,158
	,001	,010	,051	,045	,119
Afrontamiento negativo	-,227(*)	-,223(*)	-,146	-,043	-,088
	,023	,026	,148	,671	,389

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se analizó la relación entre las puntuaciones de las subescalas de afrontamiento y las subescalas de significado de la vida (y el total) en la muestra de pacientes con patologías crónicas mediante el coeficiente de correlación *Rho* de Spearman (r_s). La hipótesis 1 era que se encontraría una relación positiva entre las puntuaciones de estrategias de afrontamiento al estrés adecuadas o “positivas” (RP, RC, AS y EE) con las puntuaciones de experiencias de vida, lo cual se confirmó en Gratitud ($r_s = .34$, Sig. = .001), Esperanza ($r_s = .25$, Sig. = .01) y Significado de la vida ($r_s = .20$, Sig. = .045), pero no en la puntuación total de EV. La hipótesis 2 era que se encontraría una relación negativa entre las puntuaciones de estrategias de afrontamiento al estrés inadecuadas (AC, PD, EP y RS) con la puntuación total de EV, lo cual se confirmó en Gratitud ($r_s = .22$, Sig. = .02) y Esperanza ($r_s = .22$, Sig. = .02) (ver Tabla 1).

También se analizó la relación entre las puntuaciones de las subescalas de afrontamiento y las cuatro subescalas de experiencias de vida. Se encontró que Gratitud correlacionó positiva y significativamente con cinco de las subescalas, a saber, Resolución de problemas ($r_s = .32$, Sig. = .001), Reestructuración cognitiva ($r_s = .25$, Sig. = .012), Expresión emocional ($r_s = .28$, Sig. = .004), y Afrontamiento ($r_s = .56$, Sig. < .001), pero negativa y significativamente con Retirada Social ($r_s = -.20$, Sig. = .04).

Esperanza también correlacionó positiva y significativamente con tres de las subescalas, a saber, Resolución de problemas ($r_s = .23$, Sig. = .02), Reestructuración cognitiva ($r_s = .24$, Sig. = .015), y Afrontamiento ($r_s = .52$, Sig. < .001) (ver Tabla 1).

TABLA 2: COMPARACION ENTRE GRUPOS DE PATOLOGÍAS CRONICAS Y LAS SUBESCALAS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

<i>Variables</i>	<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>X²</i>	<i>Sig.</i>
1. Resolución de problemas	Diabetes	25	14,40	4,726	.12	.989
	Hipertension arterial	27	13,78	5,625		
	Hipertiroidismo	19	14,26	3,397		
	Dislipemia	29	14,00	5,688		
2. Reestructuración cognitiva	Diabetes	25	8,76	4,719	1,270	,736
	Hipertension arterial	27	9,74	4,712		
	Hipertiroidismo	19	8,26	4,806		
	Dislipemia	29	9,24	4,786		
3. Apoyo social	Diabetes	25	12,76	3,722	5,986	,112
	Hipertension arterial	27	11,41	4,660		
	Hipertiroidismo	19	11,47	4,823		
	Dislipemia	29	9,28	5,824		
4. Expresión emocional	Diabetes	25	11,16	5,452	,313	,958
	Hipertension arterial	27	10,19	4,891		
	Hipertiroidismo	19	10,21	5,463		
	Dislipemia	29	10,62	5,628		
5. Evitación de problemas	Diabetes	25	6,04	5,519	2,155	,541
	Hipertension arterial	27	5,67	4,252		
	Hipertiroidismo	19	6,68	4,607		
	Dislipemia	29	7,45	5,145		
6. Pensamiento desiderativo	Diabetes	25	14,04	5,216	1,167	,761
	Hipertension arterial	27	13,52	5,072		
	Hipertiroidismo	19	14,05	4,236		
	Dislipemia	29	12,21	6,327		
7. Retirada social	Diabetes	25	6,40	4,072	1,541	,673
	Hipertension arterial	27	5,85	6,068		
	Hipertiroidismo	19	6,58	4,857		
	Dislipemia	29	6,24	5,173		
8. Autocrítica	Diabetes	25	5,16	4,688	5,425	,143
	Hipertension arterial	27	5,89	6,375		
	Hipertiroidismo	19	8,53	4,671		
	Dislipemia	29	6,41	5,628		
9. Afrontamiento	Diabetes	25	2,72	1,339	,963	,810
	Hipertension arterial	27	2,41	1,421		
	Hipertiroidismo	19	2,42	1,261		
	Dislipemia	29	2,55	1,454		
	Diabetes	24	23,48	4,538		

10. Afrontamiento positivo	Hipertension arterial	27	22,11	5,161	1,041	,791
	Hipertiroidismo	19	23,42	4,525		
	Dislipemia	29	21,97	4,702		
<hr/>						
11. Afrontamiento negativo	Diabetes	24	39,32	4,837		
	Hipertension arterial	27	37,70	5,750	1,896	,594
	Hipertiroidismo	19	38,47	5,844		
	Dislipemia	29	38,24	5,214		
<hr/>						

TABLA 3: COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS DE PATOLOGÍAS CRONICAS Y LAS SUBESCALAS DE EXPERIENCIA DE VIDA

<i>Variables</i>	<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>X²</i>	<i>Sig.</i>
1. Gratitud	Diabetes	25	23,48	4,538	2,643	,450
	Hipertension arterial	27	22,11	5,161		
	Hipertiroidismo	19	23,42	4,525		
	Dislipemia	29	21,97	4,702		
2. Esperanza	Diabetes	25	39,32	4,837	1,646	,649
	Hipertension arterial	27	37,70	5,750		
	Hipertiroidismo	19	38,47	5,844		
	Dislipemia	29	38,24	5,214		
3. Satisfacción con la vida	Diabetes	25	17,64	3,546	3,360	,339
	Hipertension arterial	27	17,00	4,682		
	Hipertiroidismo	19	17,26	2,786		
	Dislipemia	29	16,03	3,620		
4. Significado de la vida	Diabetes	25	25,00	5,620	3,234	,357
	Hipertension arterial	27	23,22	4,902		
	Hipertiroidismo	19	23,95	3,734		
	Dislipemia	29	24,72	4,920		
Experiencias de Vida (Total)	Diabetes	24	104,42	11,294	1,927	,588
	Hipertension arterial	27	102,15	16,601		
	Hipertiroidismo	19	102,74	16,404		
	Dislipemia	29	99,90	13,767		

Para determinar diferencias entre cada patología crónica (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia e hipertiroidismo-hipotiroidismo) con las subescalas de estrategias de afrontamiento y experiencia de vida, se llevó a cabo un análisis no paramétrico mediante la *H* de Kruskal Wallis. Sin embargo, no se encontró ninguna diferencia significativa entre los cuatro grupos (ver Tabla 2 y 3).

TABLA 4: COMPARACION DE GENERO EN LAS SUBESCALAS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

CSI	Sexo	N	Media	DT	U		
					de Mann-Whitney	Z	Sig.
1. Resolución de problemas	Masculino	44	14,30	4,723	1204,000	-,195	,845
	Femenino	56	13,93	5,250			
2. Reestructuración cognitiva	Masculino	44	9,45	4,668	1115,000	-,815	,415
	Femenino	56	8,77	4,763			
3. Apoyo social	Masculino	44	11,09	4,366	1169,500	-,435	,663
	Femenino	56	11,18	5,421			
4. Expresión emocional	Masculino	44	9,66	4,974	986,000	-	,087
	Femenino	56	11,27	5,472			
5. Evitación de problemas	Masculino	44	7,36	5,172	1014,500	-	,129
	Femenino	56	5,77	4,596			
6. Pensamiento desiderativo	Masculino	44	12,89	4,909	1064,000	-	,242
	Femenino	56	13,75	5,674			
7. Retirada social	Masculino	44	7,07	4,786	969,500	-	,067
	Femenino	56	5,59	5,218			
8. Autocrítica	Masculino	44	6,18	5,537	1194,500	-,262	,793
	Femenino	56	6,50	5,517			
9. Afrontamiento	Masculino	44	2,39	1,351	1083,000	-	,286
	Femenino	56	2,64	1,381			
10. Afrontamiento positivo	Masculino	43	98,35	15,734	1199,500	-,226	,821
	Femenino	56	105,07	12,813			
11. Afrontamiento negativo	Masculino	43	98,35	15,734	1149,000	-,577	,564
	Femenino	56	105,07	12,813			

Para determinar diferencias entre varones y mujeres en la muestra en las subescalas de estrategias de afrontamiento, se llevó a cabo un análisis no paramétrico mediante la *U* de Mann-Whitney. Sin embargo, no se encontró ninguna diferencia significativa entre los cuatro grupos (ver Tabla 4).

TABLA 5: COMPARACION DE GENERO EN LAS SUBESCALAS DE EXPERIENCIAS DE VIDA

<i>EV</i>	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
1. Gratitud	masculino	44	21,80	5,115	1021,000	-	1,471
	femenino	56	23,34	4,350			
2. Esperanza	masculino	44	38,18	5,200	1121,000	-	,773
	femenino	56	38,59	5,503			
3. Satisfacción con la vida	masculino	44	16,25	3,930	1023,500	-	1,457
	femenino	56	17,46	3,608			
4. Significado de la vida	masculino	44	23,84	5,167	1140,000	-	,641
	femenino	56	24,55	4,675			
Experiencias de Vida (Total)	masculino	43	98,35	15,734	880,500	-	2,285
	femenino	56	105,07	12,813			

Para determinar diferencias entre varones y mujeres de la muestra total con las subescalas de experiencias de vida, se llevó a cabo un análisis no paramétrico mediante la *U* de Mann-Whitney. Se encontró una diferencia significativa en la puntuación total de la escala de experiencias de vida donde las mujeres (Media= 105,07) puntaron más alto que los varones (Media= 98,35, Sig= .022) (ver Tabla 5).

TABLA 6: CORRELACIONES ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO NEGATIVAS Y POSITIVAS CON EXPERIENCIAS DE VIDA EN LOS CUATRO GRUPOS DE PATOLOGIAS CRONICAS

Grupo	Tipos de Afrontamiento	Gratitud	Esperanza	Satisfacción con la vida	Significado de la vida	Total
1. Diabetes	Afrontamiento positivo	,621(**)	,319	,280	,270	- ,108
		,001	,120	,176	,192	,616
	Afrontamiento negativo	-,228	-,451(*)	-,123	,013	,004
		,273	,024	,558	,951	,985
2. Hipertensión Arterial	Afrontamiento positivo	,208	,283	,229	,097	,250
		,298	,152	,250	,632	,209
	Afrontamiento negativo	-	-,485(*)	-,485(*)	-,036	-
		,558(**)	,010	,010	,859	,423
3. Hipertiroidismo-Hipotiroidismo	Afrontamiento positivo	,199	-,223	,210	-,099	,356
		,414	,360	,388	,686	,135
	Afrontamiento negativo	,255	,439	,056	,239	,194
		,293	,060	,819	,325	,427
4. Dislipemia	Afrontamiento positivo	,452(*)	,375(*)	,098	,254	,077
		,014	,045	,613	,183	,690
	Afrontamiento negativo	-,247	-,294	-,042	-,219	-
		,197	,122	,828	,253	,144

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se analizó más específicamente la relación entre las puntuaciones de afrontamiento positivo y negativo con significado de la vida (y sus subescalas) en los pacientes con diabetes, hipertensión arterial, dislipemia e hipertiroidismo-hipotiroidismo, mediante el coeficiente de correlación *Rho* de Spearman (r_s). Se encontró una relación positiva entre estrategias de afrontamiento positivo con Gratitud en pacientes con diabetes ($r_s = .62$, Sig. = .001), y dislipemia ($r_s = .45$, Sig. = .01). También se encontró entre Esperanza y afrontamiento positivo en pacientes con dislipemia ($r_s = .37$, Sig. = .04), pero en sentido inverso entre Esperanza y afrontamiento negativo en diabetes ($r_s = -.45$, Sig. = .024) e hipertensión arterial ($r_s = -.48$, Sig. = .010) (ver Tabla 6).

TABLA 7: COMPARACION DE ESTADO CIVIL CON LAS SUBESCALAS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POSITIVO Y NEGATIVO

<i>Tipos de Afrontamiento</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>X²*</i>	<i>Sig.</i>
Afrontamiento positivo	Soltero	5	42,80	15,156	3,300	,348
	En pareja	9	46,78	20,819		
	Separado	5	31,00	19,404		
	Viudo	5	49,40	12,602		
	Casado	5	42,80	12,377		
Afrontamiento negativo	Soltero	5	31,60	12,934	10,131	,017
	En pareja	9	26,56	13,866		
	Separado	5	48,60	3,847		
	Viudo	5	22,40	8,112		
	Casado	5	37,00	10,863		

* Basado en la prueba de H de Kruskal-Wallis.

Para determinar diferencias en estado civil de la muestra total con las estrategias de afrontamiento positiva y negativa, se llevó a cabo un análisis no paramétrico mediante la H de Kruskal Wallis. Se encontró una diferencia significativa en Afrontamiento negativo donde los separados (Media= 48,60) puntaron más alto en comparación con casados y viudos (Sig= .017) (ver Tabla 7).

TABLA 8: CONSUMO DE MEDICAMENTOS, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EXPERIENCIAS DE VIDA

Variables	¿Consume medicamentos?	N	Media	DT	U de Mann-Whitney	z	Sig.
1. Gratitud	si	74	23,20	4,342	751,500	-	1,660
	no	26	21,12	5,530			
2. Esperanza	si	74	38,54	5,356	940,500	-	,170
	no	26	38,04	5,415			
3. Satisfacción con la vida	si	74	17,30	3,549	781,000	-	1,431
	no	26	15,88	4,283			
4. Significado de la vida	si	74	24,15	4,350	870,500	-	,721
	no	26	24,50	6,256			
5. Experiencias de Vida (Total)	si	73	102,11	14,794	941,000	-	,064
	no	26	102,27	13,809			
Afrontamiento positivo	si	74	45,93	14,399	803,000	-	1,250
	no	26	41,81	15,603			
Afrontamiento negativo	si	74	31,93	12,948	862,500	-	,783
	no	26	33,88	13,155			

Para determinar diferencias entre aquellos que consumen medicamentos con quienes no con las subescalas de experiencias de vida y estrategias de afrontamiento positivas y negativas, se llevó a cabo un análisis no paramétrico mediante la *U* de Mann-Whitney, pero no se encontró ninguna diferencia significativa (ver Tabla 8).

Finalmente, se llevaron a cabo otros análisis con variables tales como Edad, Tiempo, Ocupación y Nivel educativo pero ninguna de estas ofreció diferencias significativas con las subescalas de experiencias de vida y estrategias de afrontamiento positivas y negativas.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue investigar estrategias para afrontar el estrés en adultos con diagnóstico clínico y su relación con el grado de autovaloración en la vida. Más específicamente, evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen enfermedades crónicas, tales como Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, e Hipo-Hipertiroideas y Dislipemia.

Los resultados mostraron una relación entre estrategias de afrontamiento al estrés “positivas” con la gratitud frente a la vida lo cual indica que aquellos que implementan estrategias cognitivas para eliminar o modificar el estrés, tienen el apoyo de sus seres queridos y pueden expresar sus emociones, experimentan mayor gratitud, tienen más esperanza y valoran más la vida, en contraste con quienes están más desesperanzados o valoran menos su vida (en cuyo caso) implementan estrategias más negativas, tales como negar o evitar pensamientos estresantes, negar la realidad o alejarse de sus amigos y afectos más cercanos, y son más autocríticos o autoexigentes.

También se analizó la relación entre las subescalas secundarias de afrontamiento y las cuatro subescalas de experiencias de vida. Se encontró que aquellas personas con capacidad para resolver problemas racionalmente, expresar sus emociones y mantener vínculos con otros tendían a mostrarse más agradecidas con la vida y esperanzadas, en otras palabras, las estrategias de afrontamiento positivas más comunes eran la solución racional de los problemas y la búsqueda de apoyo social.

Aunque no se encontró ninguna diferencia en las estrategias de afrontamiento entre las cuatro patologías crónicas de los pacientes, a saber, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia e hipertiroidismo-hipotiroidismo, se observó que los pacientes con diabetes y dislipemia mostraron no sólo estrategias más positivas, sino también mayor esperanza frente a la vida. En cambio, los pacientes con hipertensión arterial mostraron estrategias más negativas, por ejemplo, retirada de amigos y familiares, distorsión de la realidad, autculpa, y baja tolerancia al estrés.

Respecto a la diferencia de género y estado civil, las pacientes mujeres mostraron mayor autovaloración de la vida que los varones, pero no se encontraron diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento. Los separados mostraron menor habilidad en sus estrategias para tolerar el estrés. El resto de las variables demográficas, tales como edad, ocupación y educación, no mostraron tener relación alguna con las estrategias para afrontar el estrés ni con el grado de valoración de la vida.

Discusión

Las reformas estructurales que se vienen dando en Argentina han impactado sobremanera en el área de la salud ya sea por consecuencias directas, como el recorte presupuestario, e indirectas, como la sobredemanda determinada por todos aquellos que han sido excluidos o se autoexcluyen del mercado de trabajo, por enfermedad.

En el área de patologías crónicas el impacto es más que crítico pues la situación económica imperante está dificultando la accesibilidad para un gran sector de la población, particularmente para quienes están sometidos a tratamientos de alto costo (A.C: oncología, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea), o los que en razón de una patología crónica de bajo costo (B.C: diabetes mellitus, hipertensión arterial), consumen medicamentos en forma permanente. El grupo de personas, portadoras de enfermedades de largo tratamiento y/o de *alto impacto económico (A.C)*, no es significativo en términos poblacionales, pero genera alrededor de las dos terceras partes del gasto total en salud y -en la mayoría de los casos- dada la ausencia de controles diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento, esto se ve incrementado. La realidad es que el dinero mal distribuido no es suficiente para todos.

La propuesta del presente trabajo, al centrar la atención especializada en las personas con patologías crónicas fácilmente controlables (B.C.), posibilita que el financiador asuma el control y la responsabilidad de los beneficiarios incluidos en los programas, asegurando que los recursos invertidos en la atención de este grupo tenga los réditos en términos de salud y calidad de vida esperados, ya que los beneficios no deben valorarse sólo en términos económicos.

Implementar estrategias de trabajo psicosocial, apuntando a una adecuada profilaxis psicológica redundará en el empleo de estrategias de afrontamiento más funcionales que permitan a los sujetos, el control de la misma en base a distintos pilares que no sean siempre el uso de medicamentos -en su mayoría excesivos- o el agravamiento por abandono de tratamiento y su posterior complejidad. Muchos son los beneficios que podría destacar:

Para el sujeto:

- La seguridad de un diagnóstico correcto y el acceso a los medicamentos *esenciales* para el tratamiento de su patología.
- El estricto control y seguimiento evolutivo de su patología, de acuerdo a criterios nacionales e internacionales.
- La seguridad de ser “actores” de un proceso de salud y no meros receptores de medicamentos.
- La verificación de la respuesta clínica a los esquemas terapéuticos.
- El reaseguro del acceso a otros planes asistenciales ante la progresión de la enfermedad

Para el Organismo de Salud de nuestro país:

- La eficiencia de los recursos por estar garantizados los resultados de la inversión económica.
- La supresión de los gastos por la eliminación de los desvíos que el sistema posibilita.
- La seguridad de desarrollar un programa integral de asistencia y no ser solo el financiador del mismo.
- La posibilidad de redistribuir, en otras acciones sanitarias, los recursos ahorrados con nuestra propuesta

El objetivo que se pretende lograr es la *eficiencia Clínica* con su componente fundamental, la Calidad de vida y la *eficiencia económica* con el uso racional de los recursos, reubicando los mismos en el área de psicología. Para ello es de vital importancia contar con un “Organismo de Salud Nacional” que permita en forma centralizada y ordenada, el control y reajuste del proceso, el estudio de los medios utilizados y de los resultados finales: Una suerte de **Sistema de Gerenciamiento Médico de Patologías Crónicas** que supervise las patologías especiales definidas, asegure la provisión de medicamentos, pero a cambio exija a todos sus financiadores de salud “la realización de un estudio transversal, con la posterior entrega de los datos estadísticos obtenidos a fin de implementar acciones de auditoría programadas por un equipo médico multidisciplinario que trabaje en pos de lograr en los sujetos, cambios permanentes y un compromiso activo con el tratamiento, una vez son diagnosticados e informados de su enfermedad.

Cronograma

	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Febrero
Revisión bibliográfica	x	x									
Problema		x									
Marco teórico			x								
Instrumento				x							
Revisión de hipótesis					x						
Revisión final						x					
Exposición							x				
Recolección de datos							x	x	x		
Análisis estadístico									x	x	
Síntesis de resultados										x	
Entrega de tesis											x



Bibliografía:

- ▶ Amigo I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la salud. Madrid: Pirámide
- ▶ Bacon, S., Sherwood, A., Hinderliter, A. & Blumenthal, J. (2004). Effects of Exercise, Diet and Weight Loss on High Blood Pressure. *Sports Med*, 34, 30.
- ▶ Barrera, E., Cerón, N. & Ariza, M. C. (2000). Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. *Colombia médica*, 31(1), 20-22.
- ▶ Brannon L, Feist J. *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo, 2001.
- ▶ Betz, J.; Bolees, M.; Mullooly, J.; y Levinson, W. (1999) Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction, *Annals of Internal Medicine*, 131, pp. 822-829.
- ▶ Bimbela, J. L. (2002). El Counseling en atención primaria. *Jano*, 63(1453), 54-60.
- ▶ Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C., Georgiades, A. & Tweedy, D. (2002).
- ▶ Bradley, C. (1997). Health and medicine. En A. Bauy, S. Newman, J. Weinman, R. West y C. Mc Manus (1997). *Cambridge Handbook of Psychology* (432-439). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- ▶ Cano, Rodríguez y García, F. J. et al. (2006). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- ▶ Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1980; 53.
- ▶ Carrera J. 2005. Evolución de la relación médicopaciente. www.monografia.com
- ▶ Castro, S. A. E. (2006). El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2. Facultad de salud pública y nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey, N.L.,

México). Recuperado el día 12 de Febrero del año 2007, de [tp://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo_diabeticos.htm](http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo_diabeticos.htm).

- ▶ Cheng, C., Hui, W. & Lam, S. (2000). Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders. *Health Psychology*, 19, 146-154.
- ▶ Correa, D. E., Arrivillaga, M. & Varela, M. T. (2004). Conocimientos y creencias sobre hipertensión arterial presentes en usuarios de servicios de salud. *Pensamiento psicológico*, 3, 41-58.
- ▶ Cromarty, I. (1996) What do patients think about during their consultation? A qualitative study, *British Journal of General Practice*, 46, pp. 525-28.
- ▶ D'Anello S. 2006. Cumplimiento del tratamiento médico: Aspectos psicosociales. Cap. 10. En *Aportes a la Psicología Social de la Salud*. Ediciones Vicerrectorado Académico. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.
- ▶ Davidoff, F. (1997) Time, *Annals of Internal Medicine*, 1227, pp. 483-485.
- ▶ DiMatteo M. 2000. Practitioner-family-patient communication in pediatric adherence: Implications for research and clinical practice. En D. Drotta, (Ed.) *Promoting adherence to medical treatment in childhood chronic illness: Concepts, methods, and interventions* (pp. 237-258). New York: Erlbaum.
- ▶ Duran B, Rivera B, Gallegos E. 2001 Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitas tipo 2. *Salud Pública de México*, 43: 233-236.
- ▶ Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42, 56- 64.
- ▶ Fernández, S., González, M. L., Comas, A., García, A. & Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15(1), 82-87.
- ▶ Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004.
- ▶ Goodheart, C. y Lansing, M. (1997) *Treating people with chronic disease: A psychological guide* (Washington, American Psychological Association).

- ▀ Gordillo, V. (1996) Orientación y comunidad. La responsabilidad social del orientador (Madrid, Alianza).
- ▀ Grossarth-Maticek, R. (2000). Interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer, and its prevention through psychological methods of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 33-41
- ▀ Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, Varela. Revisado el 2 de Junio de 2006 y aceptado el 12 de Junio de 2006.
- ▀ Hume, A.L. (1989). Applying quality of life data in practice: Considerations for antihypertensive therapy. *Journal of Family Practice*, 28, 403-407.
- ▀ Kaplan, N. (2002). *Clinical hypertension*. Philadelphia: Lippincott y Wilkins.
- ▀ Knight, S. y Camic, P. (1998). *Health Psychology and medicine: The art and science of healing*. En P. Camic y S. Knight (Eds). *Clinical Handbook of Health Psychology*. Seattle: Hogrefe y Huber Publishers.
- ▀ Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984.
- ▀ Lee, S. Y., Park, M. C., Choi, S. C., Nah, Y. H., Abbey, S. E. & Rodin, G. (2000). Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 93-99.
- ▀ Leplég, E, A. & Hunt, S. (1998). El problema de la calidad de vida en medicina, *Jama*, 7, 19-23.
- ▀ Leventhal H. 2001. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptualcognitive model. En A. Baum, T. A. Revenson, y E.
- ▀ Logan, R. L. y Scott, P. J. (1996) Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care, *Lancet*, 347, pp. 595-98.
- ▀ Lu W, Resnick HE, Jablonski KA, 2003)et al. Non HDL cholesterol as a predictor of cardiovascular disease in type 2 diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care* 2003; 26: 16-23.
- ▀ Mc Cormack, J. (1996)The death of the personal doctor, *Lancet*, 348, pp. 667-68.
- ▀ Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclée de Brouwer.

- ▀ Moos, R. H. (1998). Life Stressors and Coping Resources Influence Health and Well-Being. *Psychological Assessment*, 4(2), 133-158.
- ▀ Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning.
- ▀ Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- ▀ Ogihara, T., Nakagawa, M., Ishikawa, H., Mikami, H., Takeda, K. y Nonaka, H., et al. (1992). Effect of manipidine, a novel calcium channel blocker, on quality of life in hypertensive patients. *Blood Pressure Supplement*, 3, 135-139.
- ▀ Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado en octubre 18 de 2005 de Word Wide Web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>.
- ▀ Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital. Recuperado el día 7 de octubre del año 2005 de la Word Wide Web: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.
- ▀ Ortiz, S. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé*, 13, 1-21.
- ▀ Patrick, D. & Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- ▀ Patterson, C.H. (1978) *Teorías del counseling y la psicoterapia* (Bilbao, Desclée de Brouwer).
- ▀ Pelechano V. *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel, 2000.
- ▀ Peterson, jc. y Bossio, L.M. (2001). Optimism and physical well-being. En E.G. Chang (ed.). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp.: 127-145). Washington, DC: APA.
- ▀ Rabkin, J. y Ferrando S. (1997) A «second life» agenda, *Archives of General Psychiatry*, 54, pp. 1049-53.
- ▀ Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión de al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH + *Psicothema*, 4(2), 262–267.

- ▀ Rivera A. 2006. La práctica médica. Marketing Forense Consultores. www.marketingforense.com. Bajado Enero 2008
- ▀ Rodríguez – Marín J., (2001). Psicología Social de la Salud. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- ▀ Rodríguez., L., Hormiga, C., Buendía, J. y González, J. (2006). Diagnóstico de salud en Santander. Observatorio de Salud Pública, 2(2), 12-83.
- ▀ Sackett DL. Snow JC. 1979. The magnitude of compliance and noncompliance. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL (Eds.).
- ▀ Sánchez A. 2006. El problema de la adherencia en el tratamiento de la osteoporosis. Actualizaciones en Osteología, 2: 149-154
- ▀ Schnoll, R., Harlow, L., Stolbach, L. & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. Psycho-Oncology, 7, 69-77.
- ▀ Sherbourne, C.D., Wells, K.B. y Judd, L.J. (1996). Functioning and wellbeing of patients with panic disorder. American Journal of Psychiatry, 153, 213-218.
- ▀ Simón, M.A. (1999). Tratado de psicología de la salud. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ▀ Sonoda, A. y Tonan, K. (1999). Causai anaiysis of hopelessness theory: Effects of diathesis and proximal factor upon stress response. Japanese Journal of i^ealth Psychology, 12, 1-16
- ▀ Stiebler Leal, V. (1993). Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do cancer: um panorama actual. Revista Brasileira de Cancerologia, 39(2), 53-59.
- ▀ Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., & Kigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. Cognitive Therapy Research, 13, 343-361.
- ▀ Van Der Veuten, C. (1995) How can we test clinical reasoning?, Lancet, 345, pp.1032-34.
- ▀ Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A. & Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. Terapia Psicológica, 23, 15-24.

- ▀ Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M. & Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- ▀ Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno San Pedro, E., Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45-60.
- ▀ Whelton, P. K., He, J., Appel, L. J., Cuttler, J. A. et al. (2002). Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*, 288(15), 1882-1888.
- ▀ Whelton, S. P, Chin, A., Xin, X. & He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure a metaanalysis of randomized, controlled trials. *Annals Internal Medicine*, 2, 493-503.