

PROMOCIÓN DE ACTITUDES Y ESTRATEGIAS PARA EL AFRONTAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN GRUPO DE ENFERMOS CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

LEONARDO ÁLVAREZ (*) ZAYDA RUEDA LINA GONZÁLEZ LIZETH ACEVEDO

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

RESUMEN El presente estudio buscó determinar los efectos de un programa de desarrollo de actitudes y estrategias para afrontar emocional e instrumentalmente las exigencias de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de pacientes crónicos hospitalizados. El estudio, que siguió el Modelo Psicosocial de la Enfermedad Crónica de Rolland, duró 38 semanas y siguió un diseño pre experimental de un solo grupo con medidas pre y post intervención. Participaron 65 pacientes con edades entre los 38 y 87 años. En la primera fase se desarrollaron estrategias de afrontamiento emocional e instrumental y en la segunda, confrontación de creencias sobre la enfermedad. La prueba *t* de Student arrojó valores estadísticamente significativos tanto para el desarrollo de habilidades para el afrontamiento emocional e instrumental de la enfermedad, como para la confrontación de creencias. Estos resultados permiten que el programa tuvo efectos favorables, aunque no del todo atribuibles al mismo, dado el tipo de diseño de investigación.

PALABRAS CLAVE afrontamiento; creencias; hipertensión arterial; diabetes mellitus

PROGRAM TO PROMOTE ATTITUDES AND STRATEGIES TOWARD THE DIAHBETES MELLITUS AND ARTERIAL HIPERTENSION IN A CRONICAL GROUP OF PATIENTS IN THE CITY OF BUCARAMANGA (COLOMBIA)

ABSTRACT This study sought to determine the effects of a program aimed at developing attitudes and emotional and practical coping strategies toward diabethes mellitus and arterial hypertension in a group of chronic hospitalized patients. The study followed Rolland's Psychosocial Chronic Illness Model, was implemented during 38 weeks and used a pre-experimental design with measures before and after treatment. 65 patients, with ages between 38 and 87, participated in this study. In the first phase, emotional and practical coping strategies were developed. In the second phase, beliefs about illness were debated with patients. Student's *t* test showed statistically significant values, both for emotional and practical skills, as well as for beliefs. These results suggest that the program was effective, although they should be taken cautiously due to the design used.

KEYWORDS coping; beliefs; arterial hypertension; diabethes mellitus

RECIBIDO CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

13 Abril 2010 Álvarez, L., Rueda, S., González, L. y Acevedo, L. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga. *Psicoperspectivas*, 9 (2), 279-290. Recuperado el [día] de [mes] de [año] desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

ACEPTADO
20 Agosto 2010

*** AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**

Docente Universidad Autónoma de Bucaramanga. Colombia. Correo de contacto: leonardoalvarez64@gmail.com

DOI:10.2225/PSICOPERSPECTIVAS-VOL9-ISSUE2-FULLTEXT-12
ISSN 0717-7798
ISSNe 0718-6924

1. Introducción

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, 2000) 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).

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). Los padecimientos crónicos 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). Complemen-

tariamente a estos comportamientos, se presentan otros ocasionados por el mismo tratamiento farmacológico como dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja energía o efectos sedantes, náuseas, flatulencia, 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, 2006) a fin de restablecer el mayor bienestar o calidad de vida posible en estas personas. Sin embargo, estas acciones psicosociales deben encaminarse a aspectos específicos de relevancia que estén significativamente comprometidos en el caso de la vida del hipertenso y del diabético, esto es, sus creencias acerca de la enfermedad, sus sentimientos, y las emociones derivadas de la experiencia humana que padecerlas implica al individuo (Robbins, Elias, Croog y Colton, 1994). El reto es responder con las estrategias apropiadas de resolución de problemas y toma de decisiones asociadas con la condición de la enfermedad y que tienen que ver con su dieta, nuevos hábitos, formas de control de la enfermedad y reacondicionamiento de sus rutinas, actividades y cotidianidad en general (afrontamiento instrumental). El modelo psicosocial de la enfermedad crónica de Rolland es un modelo de inspiración sistémica que destaca la importancia de las expectativas, las creencias, las formas de afrontamiento, las actitudes y sentimientos en la manera como las familias abordan esta condición en alguno de sus miembros identificando pautas de organización, acción, afrontamiento y experimentación de esta según estos determinantes intergeneracionales involucrando también a los operadores de salud y sus propios sistemas de creencias y representaciones en su interacción con pacientes y familias.

Así, el objetivo de este estudio, de tipo cuasi experimental, fue examinar el efecto de una intervención psicosocial orientada hacia el desarrollo de actitudes y afrontamientos emocionales e instrumentales del paciente hipertenso y diabético de su nueva condición, favoreciendo su adaptación y mayor calidad de vida posibles.

2. Método

2.1. Diseño

Se utilizó un diseño pre-experimental, de un solo grupo en el cual se toman diferentes medidas pre y post intervención a fin de verificar los efectos del programa en los 65 participantes enfermos crónicos de diabetes e hipertensión de este estudio.

2.2. Participantes

Se llevó a cabo un diseño muestral no probabilístico en el cual se tomaron al azar 65 individuos enfermos crónicos con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, habitantes de los barrios Girardot, Santander y San Rafael, pertenecientes a la zona I del Instituto de Salud de Bucaramanga, ISABU, atendidos en el Hospital Local del Norte durante el año 2006.

La muestra de pacientes estuvo constituida por 65 adultos, 44 mujeres y 21 hombres. Su edad osciló entre los 38 y 87 años, siendo el promedio de edad de 65.29 años, el 60% de ellos viven con su pareja y el 95% de los pacientes carecen de educación básica o secundaria completa. El 96% pertenecen al estrato socioeconómico uno y el 4% al estrato dos. Con respecto a la variable “estrato socioeconómico”, esta corresponde a la estratificación socioeconómica colombiana hecha por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas), la cual es una clasificación de los domicilios o viviendas a partir de sus características físicas, del entorno, de las capacidades de los ciudadanos para satisfacer sus necesidades básicas y de pagar tarifas por diferentes servicios públicos, establecidas por la ley 142 de 1994 y reforzada por el Consejo Nacional de Política Económica y Social en su documento oficial: Conpes 3386, en el cual se incorporan los datos de los censos poblacionales generales y estableciendo los estratos del 1 al 6 siendo el primero el de menor capacidad económica y condiciones de calidad de vida.

2.3. Instrumentos

Para realizar la evaluación de las área de afrontamiento emocional e instrumental se construyó un “Cuestionario de Afrontamiento Emocional e Instrumental”, compuesto por 27 ítems elaborados a partir de las tipologías de creencias enunciadas al interior del Modelo teórico de la Intervención Psicosocial de la Enfermedad Crónica de Rolland (Las tipologías son: sentimientos de vulnerabilidad, involucramiento emocional,

actitud hacia la vida y hacia la muerte, sentimientos de estrés asociados con la atención prolongada a las demandas de la enfermedad y la exposición a la misma, percepción de auto eficacia, sentimientos de control y poder, reorganización de las tareas vitales y rutinas cotidianas).

A partir de las tipologías se diseñaron 56 ítems iniciales para el cuestionario, los cuales fueron sometidos a evaluación acerca de su pertinencia, redacción, construcción gramatical, extensión, léxico y dirección por jueces expertos, los cuales fueron profesionales de la salud que atienden este tipo de población en la ciudad de Bucaramanga. El acuerdo inter-jueces fue del 76.76% en 29 de los 45 ítems. Este conjunto de enunciados fue sometido a evaluación sobre su comprensión en un grupo de 35 pacientes crónicos tomados al azar del servicio de salud del Hospital del Norte. Hubo acuerdo acerca de su claridad de contenido y estructura en 27 de ellos, con un porcentaje del 71.39%. Estos ítems fueron sometidos a una prueba de confiabilidad test-retest con un intervalo de un mes en el mismo grupo, arrojando un coeficiente de correlación de 0.67. Finalmente fueron estos ítems los que conformaron el instrumento definitivo.

2.4. Cuestionario de creencias

Se confeccionó una prueba de creencias, conformada por 14 ítems verificados por expertos y piloteados con una muestra alterna de 5 pacientes con características similares a las personas intervenidas. Este test indagó creencias acerca de la enfermedad, de control, atribución causal, creencias alteradas acerca de la enfermedad, su curso y desenlace.

Para realizar la evaluación de las creencias se construyó un “Cuestionario de Creencias”, compuesto por 14 ítems elaborados a partir de las tipologías de creencias enunciadas al interior del Modelo teórico de la Intervención Psicosocial de la Enfermedad Crónica de Rolland (Las tipologías son: Creencias de salud y enfermedad, creencias acerca de normalidad y anormalidad en casos de salud y enfermedad, creencias acerca de la relación mente-cuerpo, creencias acerca del dominio y control de la enfermedad y creencias acerca de las causas de la enfermedad atribuidas por el paciente).

A partir de las tipologías se diseñaron 38 ítems iniciales para el cuestionario, los cuales fueron sometidos a evaluación acerca de su pertinencia, redacción, construcción gramatical, extensión, léxico y dirección por jueces expertos, los cuales fueron profesionales de la salud que atienden este tipo de población en la ciudad de Bucaraman-

ga. El acuerdo inter-jueces fue del 77.61% en 32 de los 38 ítems. Este conjunto de enunciados fue sometido a evaluación sobre su comprensión en un grupo de 30 pacientes crónicos tomados al azar del servicio de salud del Hospital del Norte. Hubo acuerdo acerca de su claridad de contenido y estructura en 18 de ellos, con un porcentaje del 76.39%. Estos fueron re seleccionados, dejando 14. Estos ítems fueron sometidos a una prueba de confiabilidad test-retest con un intervalo de un mes en el mismo grupo arrojando un coeficiente de correlación de 0.67. Finalmente fueron estos ítems los que conformaron el instrumento definitivo.

3. Procedimiento

Etapas I: En la primera etapa del proyecto se realizó la planificación de actividades teniendo en cuenta el modelo para la intervención psicosocial de la enfermedad crónica. Esta proyección de actividades fue realizada por áreas de intervención, dividiéndose en 2 fases: afrontamiento emocional e instrumental y creencias.

Etapas II: En la segunda etapa se realizó la zonificación de pacientes a través del sistema de información del ISABU en los 3 barrios escogidos para trabajar por conveniencias geográficas. Se ubicaron y acordaron los sitios de reunión semanal, así como la intensidad horaria en la que se iba a intervenir. Una vez obtenida la información completa de los enfermos crónicos, hipertensos y diabéticos, se llevó a cabo la convocatoria telefónica con cada uno de los pacientes en la que se les explicó el objetivo de las reuniones, los lugares y las horas acordadas para estas. En esta misma etapa se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios de afrontamiento y creencias para realizar la evaluación pretest.

Etapas III: En una tercera etapa, ya conformados los grupos en cada uno de los barrios, se inició la intervención psicosocial con los pacientes crónicos seleccionados. En la primera fase se abordó el área del afrontamiento emocional que tenía como objetivo promover en el paciente crónico y su cuidador estrategias para la promoción de la aceptación de la cronicidad, la frustración y la pérdida, asimismo, la evaluación de su perfil de involucramiento emocional con su condición y los efectos estresores de la misma, las actitudes hacia la vida y hacia la muerte mantenidas por el enfermo y el trabajo sobre los efectos emocionales de la atención prolongada a las demandas de la enfermedad y la exposición a la misma, la percepción de auto eficacia y de control.

En una segunda fase se trabajó sobre el área de afrontamiento instrumental que tenía como fin promover en el paciente crónico y su cuidador estrategias para el afrontamiento instrumental mediante la construcción de hábitos que favorecieran los niveles de calidad de vida en el curso de la enfermedad. Para esto se realizaron actividades en las que asistió el médico de cada centro asistencial de salud para explicar las posibles causas, proceso y consecuencias de cada una de las enfermedades crónicas mencionadas, se realizaron actividades de exploración y cambio de formas de afrontamiento utilizadas en situaciones de crisis y luego las creencias de salud-enfermedad, normalidad y anormalidad respecto de la salud, la relación mente-cuerpo, dominio y control de la enfermedad y atribuciones acerca de la enfermedad.

Etapas IV: Luego de realizado el programa intervención durante 9 meses se procedió a la evaluación post-test. Además de las áreas de intervención expuestas anteriormente, se realizó un acercamiento al personal médico y paramédico de cada uno de los centros de salud a donde pertenecen los pacientes, con el fin de sensibilizar en el manejo y cuidado adecuado de estos, también con el propósito de dar a conocer el trabajo psicosocial que se realizó. De igual forma, se realizaron visitas domiciliarias cada dos meses a familiares y/o allegados a los enfermos crónicos con el fin de lograr contacto con estos, debido a las dificultades para lograr su asistencia a las reuniones semanales.

Los resultados obtenidos de las pruebas pretest y post test fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS versión 12.0, a los cuales se les aplicó la prueba *t* de Student a fin de verificar la existencia de diferencia de medias significativas en cada una de las aplicaciones, para de allí deducir los efectos favorables o no del programa sobre la población intervenida.

4. Resultados

La relación entre las medias pre-test ($M = 4,56$, $DS = 0,12$) y post-test ($M = 3,45$, $DS = 0,16$) en el componente de Afrontamiento mostró un valor *t* de Student de $-25,23$ con un nivel de significancia $p < 0.05$. Este puntaje *t* absoluto es superior al puntaje *t* esperado (valor crítico de *t* dos colas: $1,99$), lo cual indica que los participantes lograron desarrollar estrategias de afrontamiento emocional e instrumental frente al fenómeno de la enfermedad crónica que padecen. Iniciales sentimientos de vulnerabilidad y no aceptación de la enfermedad pasaron a ser aceptantes, igualmente se logró un mayor desarrollo de locus de control interno en los participantes con respecto a su

papel de actor y autor con respecto a las experiencias que viven con la enfermedad, sentimientos de aceptación hacia la muerte y mejor adaptación al proceso de la enfermedad.

Por otra parte, la relación entre las medias pre-test ($M = 2,34$, $DS = 0,26$) y post-test ($M = 4,25$, $DS = 0,18$) en el área de creencias, mostró un puntaje $t = -32,00$, con un nivel de significancia $p < 0.05$. Este puntaje t absoluto es superior al puntaje t esperado (valor crítico de t dos colas: 1,99).

En ambos casos se observa que el puntaje t esperado es menor al puntaje t absoluto obtenido, con el nivel de significancia $p < 0.05$, indicando que la diferencia entre medias es significativa. Estos resultados sugieren que la intervención tuvo efectos favorables asociados con la flexibilización de creencias y constructos rígidos, dogmáticos con que manejaban los significados en torno a la enfermedad crónica.

En términos de su proyecto de vida, los participantes consiguieron plantearse pautas de afrontamiento proactivas frente a el control de la enfermedad; una vez realizada la intervención se hizo evidente un reconocimiento de metas alcanzables para los pacientes de acuerdo a sus capacidades físicas y etapa vital, además de un mayor compromiso con la condición patológica, en cuanto al cuidado pertinente de ésta. Con respecto a las creencias distorsionadas acerca de las causas, control, curso y desenlace de la enfermedad fueron reemplazadas por otras de mayor flexibilidad, permitiendo una mejor comprensión de la enfermedad repercutiendo en un mayor compromiso hacia ésta.

5. Discusión

En general, los resultados señalan que las intervenciones empleadas resultaron eficaces para mejorar el estado de las variables de afrontamiento instrumental y afectivo de la enfermedad en los hipertensos y diabéticos motivo del programa desarrollado. En gran medida este efecto se considera atribuible a la intervención toda vez que no se presentaron otro tipo de intervenciones en alguno de estos componentes durante el año en el cual esta se desarrolló. El tiempo que duró la misma se tiene como un indicador de estabilidad en los resultados progresivos que se fueron obteniendo y en el resultado final del programa en su conjunto, en particular porque se buscó que las actividades realizadas partieran de la cotidianidad y cobraran sentido y materialización en la misma.

Aunque esta intervención no tenía como meta final la disminución de la enfermedad como tal, los reportes de los pacientes atendidos fueron favorables en ese sentido. Estos resultados coinciden con uno llevado a cabo para evaluar la eficacia de la intervención psicológica cognitivo-conductual (Riveros, Cortázar, Alcazar y Sánchez, 2005) en este tipo de pacientes, que, aunque tuvo como propósito la disminución del padecimiento, inherentemente han conllevado hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

En este estudio tanto las variables fisiológicas como psicológicas mostraron cambios relevantes ya que juntas fueron motivo de la intervención biopsicosocial. En este sentido, la intervención psicosocial motivo de este estudio es necesario que se aborde en consonancia con el componente biológico con el propósito de dar al paciente no solo una mejor calidad en su afrontamiento de la enfermedad sino también una mejoría en el padecimiento fisiológico mismo. Sin embargo, se considera que estos cambios forman parte de la atención integral de la salud del paciente y que no puede seguir considerándose a la atención psicológica en los centros de salud como la única o como el medio de intervención imprescindible, ya que lo psicosocial es un contexto que implica la cotidianidad, un espacio desestructurado que enmarca la vida del paciente.

Para los pacientes no bastan las instrucciones e información, sino la atención y seguimiento cuidadoso y detallado de todos aquellos factores que inciden en conseguir un grado alto de bienestar en las condiciones particulares de cada quien (Osterhaus, Townsend, Gandenk y Ware, 1994). Es necesario subrayar la necesidad del trabajo simultáneo con los agentes de salud (médicos y paramédicos, trabajadores sociales) así como con los cuidadores o personas cercanas al paciente crónico, ya que esa red social provee de soporte para el mismo y es una micro comunidad que incide en el mantenimiento y en la introducción de cambios de comportamiento pro saludables y de bienestar que se pretenden en estos programas; por ello, no pueden quedarse sin ser incorporados en una estrategia global de atención, como así tampoco, un trabajo colateral dirigido a la adhesión al tratamiento. Para el caso de este estudio esta variable no fue contemplada como blanco de trabajo, sin embargo algunos estudios han comprobado la eficacia de la intervención biopsicosocial para conseguir esta adherencia en los pacientes hipertensos (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006).

Estos dos estudios han incluido componentes tales como los controles de dieta, el control biomédico, los hábitos alimentarios, condición física y deporte. Sin embargo,

este estudio hace un énfasis particular en el afrontamiento instrumental y afectivo que el paciente hace de las condiciones de vida desencadenadas por la enfermedad, comprendiendo que en el Modelo Psicosocial de la Enfermedad Crónica de Rolland, se tienen en cuenta además de estos otros componentes tales como la historia intergeneracional de la enfermedad, la etapa evolutiva de la persona paciente, el ciclo de vida familiar y la etapa en la cual se encuentra la enfermedad crónica, los cuales por su magnitud y manejo hubiesen requerido un mayor contacto con la población y un mayor número de personas dedicadas a la intervención.

Por otra parte los hallazgos a los que llegaron otros estudios señalan la eficacia de la intervención psicológica para el manejo de la hipertensión arterial esencial. Uno de ellos fue un estudio comparativo (Samper y Ballesteros, 1999) de dos programas los cuales concluyen que la acción psicológica efectiva ha de centrarse en el estilo de vida, en el manejo del estrés y el control de la ira (Johnson, 1989; Bennet y Wallace, 1991) en el caso de los pacientes hipertensos y no tanto en el énfasis en dieta y ejercicios, ya que estos efectos no se mantuvieron en el tiempo.

El auto cuidado es una capacidad que se espera, desarrollen las personas con padecimientos crónicos. Uno de los afrontamientos instrumentales que involucró la intervención fue justamente esta, en la cual se consiguieron resultados adecuados. Estos resultados son coincidentes con los hallados en estudios sobre capacidad de agencia de auto cuidado en personas con hipertensión arterial esencial hospitalizadas (Rivera, 2006), en el cual se advierte como un porcentaje del 53% de los pacientes hospitalizados hipertensos alcanzaron a incorporar y exhibir comportamientos de auto cuidado eficaces.

Por otro lado, la eficacia de esta intervención coincide con una realizada en un grupo de adultos mayores (Moreno, Contreras, Martínez y Araya, 2006) y otra en hipertensos adultos intermedios (Arrivillaga, Cáceres, Correa y Holguín, 2006), pero que se enfocó en afrontamiento emocional (Autocontrol, relajación, reflexión sobre creencias) y conductas saludables, en la cual se reportaron efectos beneficiosos sobre los niveles de presión arterial. De nuevo aquí el estudio se concentra en intervenir las variables psicosociales en función de la variable fisiológica de los altos niveles de hipertensión, aspectos causales que para la intervención que nos ocupa no se planteó de tal manera.

En conclusión, la intervención psicosocial realizada logró desarrollar habilidades de afrontamiento emocional e instrumental en los pacientes intervenidos y debería ampliarse hacia otros aspectos de la intervención que otras intervenciones del mismo tiempo han tenido, en áreas tales como el control de la ira, hábitos alimenticios saludables, adherencia al tratamiento, con el fin de que su impacto resulte ser de mayor alcance. Por otra parte es preciso indicar que, en cuanto se trató de un estudio pre-experimental, los efectos no pueden ser atribuidos de manera única al programa pues no se manejó un grupo control que permitiera la comparación. Justamente, y a manera de recomendación, se propone formular un estudio controlado que permita un mayor nivel de predicción.

Referencias

- Arrivillaga, M., Cáceres, D., Correa, D., Holguín, E. (2006). ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? *MED*, 9, 20-27.
- Bennet, P. y Wallace, D. (1991). Treating type A behaviors and mild hypertension in middle aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 209-223.
- 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.
- 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 trasmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42, 56-64.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psicológica*, 5(3), 535-547.
- Hume, A.L. (1989). Applying quality of life data in practice: Considerations for antihypertensive therapy. *Journal of Family Practice*, 28, 403-407.
- Johnson, J. (1989). The role of the experience and expression of anger and anxiety in elevated blood pressure among black and white adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 81(5), 573-584.
- 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.

- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N. y Araya, G. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Médica de Chile*, 134, 433-440.
- Ogihara, T., Nakagawa, M., Ishikawa, H., Mikami, H., Takeda, K. y Nonaka, H., et al. (1992). Effect of nifedipine, a novel calcium channel blocker, on quality of life in hypertensive patients. *Blood Pressure Supplement*, 3, 135-139.
- Osterhaus, J., Townsend, R., Gandenk, B. y Ware, J. (1994). Measuring the functional status and wellbeing of patients with migraine headache. *Headache*, 34, 337-343.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Applied Medicine*, 5(3), 455-462.
- Robbins, M., Elias, M., Croog, S. y Colton, T. (1994). Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosomatic Medicine*, 56, 251-257.
- 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.
- Samper, P. y Ballesteros, B. (1999). Comparación de dos programas para el manejo de la hipertensión arterial esencial. *Summa Psicológica*, 6(2), 195-220.
- Rivera, L. (2006). Capacidad de agencia de auto cuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Revista Salud Pública*, 8(3), 235-247.
- Rodríguez, L., Hormiga, C., Buendía, J. y González, J. (2006). Diagnóstico de salud en Santander. *Observatorio de Salud Pública*, 2(2), 12-83.