

PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION

Antonio Carlos Ernesto Arbulú Neira¹
Universidad César Vallejo

RESUMEN

La investigación tiene por objetivo determinar la relación entre el Patrón de Conducta Tipo A y las Estrategias de Afrontamiento, en 105 pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Luis Albrecht-EsSalud, Trujillo. Para tal efecto, se aplicó la Escala de Framingham para la medida del Patrón de Conducta Tipo A y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de D.L. Tobin, adaptado al español por Peralta, Figueroa, Recassens, Tous y Raich. Se empleó el método descriptivo correlacional y el diseño transversal dando como resultados que existe una correlación directa altamente significativa entre el Patrón de Conducta Tipo A y las Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Estancamiento, y una correlación inversa estadísticamente significativa entre dicho Patrón y las Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Cambio.

Palabras clave: Hipertensión Esencial, Patrón de Conducta Tipo A, Estrategias de Afrontamiento, Estrés, Personalidad.

“TYPE A” FORM AND CONFRONTATION STRATEGIES IN HYPERTENSIVE PATIENTS

ABSTRACT

The study intended to determine the relation between “Type A” form and confrontation strategies in 105 hypertensive patients treated at the “Luis Albrecht” State Hospital in Trujillo. The Framingham Scale for measuring “Type A” form was applied, along with D. L. Tobin’s Confrontation Strategies Inventory, adapted for Spanish by Peralta, Figueroa, Recassens and Raich. The descriptive – correlative and cross – design method was used, showing a highly – significant direct correlation between “Type A” form and confrontation strategies focused on stagnation, and a significant reverse statistical correlation between the form and confrontation strategies focused on changes.

Key words: Basic hypertension, “Type A” form, confrontation strategies, stress, personality

VERHALTENSMUSTER TYPUS A UND HANDLUNGSSTRATEGIEN IN PATIENTEN MIT HOCHSPANNUNGS-DIAGNOSE

ZUSAMMENFASSUNG

Diese Forschung erzielt, die Beziehung festzustellen, zwischen den Verhaltensmustern Typus A und die Handlungsstrategien, in 105 Hochspannungspatienten vom Krankenhaus Albrecht, Trujillo. Um das zu erreichen, wurde die Framingham-Skala von D.L. Tobin benutzt, überetzt bei Peralta, Figueroa, Recassens, Tous und Raich. Es wurden die darstellerische-korrelationelle Methode und die Querschnittsdesign angewandt, die Resultate waren so, dass eine signifikative direkte Korrelation zwischen dem Muster und den Handlungsstrategien zentriert auf Stockung und eine stochastisch signifikative inverse Korrelation zwischen dieselben Muster und die Strategien zentriert auf Wechsel.

Schlüsselwörter: Hochspannung, Verhaltensmuster Typus A, Handlungsstrategien, Spannung, Persönlichkeit

¹Docente de la Universidad César Vallejo de Trujillo
Correo electrónico: antonioarbulu@yahoo.com

El estudio abarca la influencia del patrón de conducta Tipo A y las estrategias de afrontamiento como variables que coadyuvan a la variación de la presión arterial.

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para la aparición de las enfermedades cardiovasculares. Actualmente, esta enfermedad representa un problema de salud pública en el Perú, en vista de que cada año se presentan, según datos reportados por el MINSA (2004), más de 120 mil de estos casos en el conjunto de los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional.

La hipertensión no respeta edades ni condición social o económica, y es la principal causa de mortalidad. Es una afección silenciosa que consiste en el aumento crónico de la presión, no presenta síntomas por mucho tiempo y, si no es tratada, puede provocar complicaciones severas como un infarto cardíaco o una hemorragia cerebral.

A pesar de que existen discrepancias en relación con el fenómeno de hipertensión, parece haber un acuerdo generalizado respecto a la multicausalidad de la misma. Entre estas causas se hallan las relacionadas con el estrés provocado por variables psicosociales, las cuales pueden generar un estado de hipertensión arterial generalizada (Fernández-Abascal, 1993). Al contextualizar la problemática de la hipertensión, identificamos como factores psicológicos que desencadenan los problemas cardiovasculares a aspectos disfuncionales de la personalidad: las estrategias de afrontamiento ante el estrés, el locus de control, el control de la ansiedad, entre otras.

La hipótesis que plantea la posibilidad de la existencia de características individuales favorecedoras de la aparición

de complicaciones cardiovasculares, y más específicamente de enfermedades coronarias, surgió de las observaciones clínicas de los cardiólogos Friedman y Rosenman (1959), quienes describieron un Patrón de conducta que parecía ser común a sus pacientes y no se observaba en aquellos que no tenían enfermedades cardiovasculares. Este estilo conductual, denominado Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), comprende, en líneas generales, características tales como: impaciencia, alta competitividad y motivación al logro, hostilidad en la comunicación, habla rápida, tensión en la musculatura facial y gesticulación brusca (Jenkins, 1988 & Rosenman, 1990), así como una actitud alerta, estilo vocal rápido y enfático y ritmo acelerado de actuación; además, respuestas emocionales de irritabilidad, hostilidad y un potencial elevado para la manifestación de irritabilidad, rabia y malestar (Rosenman, 1990). Las características del PCTA destacan más en el medio laboral, donde el reto implícito y el estrés en general, proporcionan el medio adecuado para que los individuos Tipo A desplieguen su estilo conductual particular.

Las vías a través de las cuales los factores emocionales o los estilos conductuales específicos pueden llegar a causar daños orgánicos han sido ampliamente investigadas. En el caso particular de la relación entre el estilo conductual del Tipo A y la aparición de enfermedades coronarias, una de las hipótesis que se ha manejado por más tiempo -y que ha sido más exhaustivamente investigada- es la hiperreactividad del sistema cardiovascular ante estímulos específicos. Esto significa que en presencia de estímulos definidos como estresantes, los Tipo A muestran un aumento de distintos indicadores de actividad cardiovascular, como por ejemplo la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC) (Dembroski, McDougall, 1983), la

vasodilatación en músculos esqueléticos de antebrazo y el aumento de epinefrina en plasma (Williams R, Suárez E, Khun C, Zimmerman & Schanberg, 1991). La variabilidad de la PA es más elevada en personas con PCTA al realizar tareas de tipo cognitivo y en las que implican retos (Conrad, Krants, 1988; Eliot, 1988). En hombres jóvenes y adultos hay hiperreactividad cardiovascular y neurohormonal ante tareas cognitivas de tipo matemático (Williams R, Suárez E., Khun C., Zimmerman E., Schanberg S., 1991). Así, en 1981, el *Panel Review* otorgó oficialmente al Patrón de Conducta Tipo A, el estatus de factor de riesgo independiente, comparable a los cuatro factores de riesgo tradicionales: hipertensión, colesterol, tabaquismo y edad. Por primera vez se otorga a un factor psicosocial un valor de riesgo para la cardiopatía isquémica.

Para contrarrestar los efectos perjudiciales sobre el organismo, los individuos utilizan diferentes estrategias de afrontamiento hacia las situaciones con mayor o menor fortuna. En este sentido, el afrontamiento es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes, aunque la puesta en marcha de este proceso no garantiza el éxito del mismo. Si el individuo, tras poner en marcha el proceso de afrontamiento, tiene éxito para solucionar el problema presente, lo repetirá cuando se encuentre ante situaciones similares. Si no tiene éxito, utilizará otra estrategia. Estamos, por tanto, ante una situación de aprendizaje por ensayo y error. La ansiedad o las respuestas de estrés aparecerán cuando no encuentre la estrategia adecuada en el momento preciso (Fernández-Abascal, 1997). A lo largo del tiempo se han acumulado investigaciones, donde se ha visto que algunas estrategias de afrontamiento están asociadas con la presión arterial elevada (Cottingham y cols., 1985). Sin embargo, esto no implica necesariamente una relación causal entre las

dos variables.

Así, pues, cuando se originan de forma aguda o crónica situaciones de estrés, las personas tratan de afrontarlas de manera que origine el menor impacto posible en su salud psico-física. Es decir, que se utilizan determinadas estrategias de afrontamiento que pueden o no ser útiles a los fines propuestos. En gran medida la diferencia entre individuos, en cuanto al funcionamiento ante las situaciones de estrés, se produce en las distintas formas en que cada uno le haga frente. El proceso de afrontamiento no es siempre constructivo o destructivo en sus consecuencias, sino que sus costos y sus beneficios dependen de la persona, su momento y el contexto de estrés (Rodríguez Marín, 1996). Es más, las consecuencias serán diferentes si las valoramos desde el aspecto fisiológico, psicológico o social. Por tanto, cuando hablamos de afrontamiento, hacemos referencia a los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que realiza la persona para manejar el estrés psicológico, independientemente de sus resultados. El afrontamiento juega un papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud. Las estrategias focalizadas en el problema se relacionan con resultados más positivos, mientras que las centradas en la emoción parecen relacionarse con la ansiedad y la depresión. La evitación se asocia negativamente con las formas de afrontamiento centradas en el problema.

Ante el panorama referido, se desea dar respuesta al *problema*: ¿Cuál es la relación que existe entre el patrón de conducta Tipo A y las estrategias de afrontamiento, centradas en el cambio y centradas en el estancamiento, en los pacientes hipertensos que se atienden en el Hospital I Luis Albrecht – EsSalud de la ciudad de Trujillo?

Se plantea como *hipótesis* que existe una relación significativa entre el patrón de

conducta Tipo A y las estrategias de afrontamiento, centradas en el cambio y centradas en el estancamiento, en pacientes hipertensos que se atienden en el Hospital I Luis Albrecht – EsSalud de la ciudad de Trujillo.

MÉTODO

El diseño de investigación que se ha utilizado es transversal con dos variables en relación asociativa, empleándose el método correlacional, en la medida que se trató de establecer la existencia de asociaciones significativas entre las variables patrón de conducta Tipo A y estrategias de afrontamiento centradas en el cambio y centradas en el estancamiento (Hernández, Fernández & Baptista, 1998; Sánchez & Reyes, 1999).

Participantes

La población estuvo constituida por los pacientes hipertensos que se han atendido en el Hospital I Luis Albrecht – EsSalud de la ciudad de Trujillo, durante el período 2005-2006.

El método empleado para la selección de la muestra fue intencional y corresponde a la totalidad de la población de pacientes hipertensos esenciales correspondientes al período señalado. La muestra estuvo conformada por 105 pacientes hipertensos, de consultorio externo, con un rango de edades entre 40 y 70 años, de los cuales 60 fueron varones y 45, mujeres.

Instrumentos

La Escala de Framingham (ETAF) de Haynes

Se aplicó para medir el patrón de conducta Tipo A. Consta de 10 ítems, subdivididos en tres factores: competitividad-dominancia, (ítems: 3, 4,

2), impaciencia-urgencia (ítems: 10, 1, 6, 9), implicación laboral (ítems: 7, 8, 5). Los valores de consistencia interna de la escala son: factor I: 0,62; factor II: 0,49; factor III: 0,42; escala total: 0,52.

Entre 1965 y 1967 se aplicó la escala a más de 2 000 personas libres de enfermedades coronarias. La escala valora en qué medida estas personas se sienten presionadas por el tiempo, se comportan con dureza, son competitivos, tienen una fuerte necesidad de sobresalir por encima de los demás en la mayoría de las acciones que realizan, son mandones y dominantes y comen con rapidez (Friedman y Rosenamn, 1959; Rosenman y Friedman, 1961; Rosenman et al., 1964). Cada uno de estos aspectos está relacionado con el constructo del patrón de conducta Tipo A.

Los estudios refieren una consistencia interna, hallada mediante el Alfa de Cronbach, de ,71 para los hombres y ,70 para las mujeres (Haynes et al., 1978). En relación con la validez, se ha trabajado sobre la validez de contenido de la prueba (Haynes et al., 1978) y sobre la validez discriminante (Campbell y Fiske, 1959).

En favor de esta escala, por lo que es muy utilizada, se destaca la brevedad de la misma, tanto en su aplicación como en su corrección. En un trabajo de Haynes y Matthews (1988), se realiza una revisión acerca de la medida del patrón de conducta Tipo A y de los estudios que se han realizado con esta medida. Las autoras destacan, como resultados más relevantes de los Framingham Heart Study y Western Collaborative Group Study, la independencia entre el Patrón de Conducta Tipo A, utilizando como medida la escala de Framingham, y la predicción de una enfermedad coronaria tanto en hombres como en mujeres. Esta relación sólo se produce cuando, unido al Patrón de Conducta Tipo A, aparece otra serie de

factores de riesgo tradicionalmente relacionados con las enfermedades coronarias (colesterol, tabaquismo, obesidad, etc.).

El coeficiente de confiabilidad de Cronbach de la Escala para la medida del Patrón de Conducta Tipo A, aplicado a los pacientes hipertensos del Hospital I Luis Albrecht-ESSALUD Trujillo 2005-2006 es el siguiente: ,7520 para los 10 ítems de los que consta la Escala.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin

Ha sido adaptado por Peralta, Figueroa et al. en 1992. El objetivo fue evaluar las técnicas de afrontamiento que emplea el individuo ante los problemas. Diferencia entre las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio y las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento. La prueba consta de 43 ítems, con ocho subescalas: resolución de problemas (cinco ítems), reestructuración cognitiva (cinco ítems), contacto social (cinco ítems), expresión de las emociones (cinco ítems), evitación de problemas (seis ítems), pensamiento de esperanza (seis ítems), retractación social (cinco ítems) y autocrítica (seis ítems).

Este cuestionario valora las técnicas de afrontamiento que emplea el individuo ante los problemas. Diferencia entre las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio y las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento.

El coeficiente de confiabilidad de Cronbach del Inventario de Estrategias de Afrontamiento según subescalas, aplicado a los pacientes hipertensos del Hospital I Luis Albrecht-ESSALUD Trujillo 2005-2006, es el siguiente: 0,7230 para resolución de problemas; 0,7385 para reestructuración cognitiva; 0,7748 para contacto social;

0,8020 para expresión de las emociones; 0,7621 para evitación de problemas; 0,7741 para pensamientos de esperanza; 0,7958 para retractación social; 0,7041 para autocrítica.

Procedimiento

El análisis estadístico se realiza mediante la aplicación de técnicas estadísticas descriptivas y de correlación Prueba ji-cuadrado de independencia.

RESULTADOS

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio en pacientes hipertensos.

En la distribución relativa simple y porcentual de los pacientes hipertensos según el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de técnicas de afrontamiento centradas en el cambio, se observa que del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 20% usa frecuentemente las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio; mientras que del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 56,2% usa frecuentemente las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio. Por otro lado, también podemos observar que del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 30,0% usa las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio con muy poca frecuencia; en tanto que de los pacientes con nivel bajo de patrón de conducta sólo el 12,5% las usa con muy poca frecuencia. Es decir, a medida que aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la frecuencia de uso de las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio disminuye (la relación es inversa). Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación

estadísticamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio ($p < 0,05$), tal como se puede apreciar en la tabla 1.

pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 68,8% la usa en el nivel frecuentemente y sólo el 12,5% en el nivel muy poca frecuencia. Se observa, asimismo, que la relación es inversa, es

Tabla 1 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de “técnicas de afrontamiento centradas en el cambio” como estrategia de afrontamiento.*

FRECUENCIA DE USO DE TÉCNICA DE AFRONTAMIENTO CENTRADA EN EL CAMBIO	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	6	20,0	19	32,2	9	56,2	34	32,4
- Frecuencia moderada	15	50,0	34	57,6	5	31,3	54	51,4
- Muy poca frecuencia	9	30,0	6	10,2	2	12,5	17	16,2
TOTAL	22	100,0	59	100,0	24	100,0	105	100,0

$$\chi^2 = 10,95 \quad p < ,05$$

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de las técnicas de afrontamiento centrada en el cambio “resolución de problemas”.

Del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 43,3% usa frecuentemente la técnica de afrontamiento centrada en el cambio “resolución de problemas” y el 30,0% la usa con muy poca frecuencia; mientras que del total de

decir, a medida que aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la frecuencia de uso de esta estrategia de afrontamiento disminuye. Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación estadísticamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la resolución de problemas ($p < 0,05$)

Tabla 2 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de “resolución de problemas” como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio.*

FRECUENCIA USO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	13	43,3	30	50,8	11	68,8	54	51,4
- Frecuencia moderada	8	26,7	24	40,7	3	18,7	35	33,4
- Muy poca frecuencia	9	30,0	5	8,5	2	12,5	16	15,2
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$$\chi^2 = 9,84 \quad p < ,05$$

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el cambio “reestructuración cognitiva”.

Del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 26,7% usa frecuentemente la técnica de afrontamiento centrada en el cambio “reestructuración cognitiva” y el 33,3% la usa con muy poca frecuencia; mientras que del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 62,5% la usa en el nivel frecuentemente y sólo el 6,3% en el nivel muy poca frecuencia. Se observa, asimismo, que la relación es inversa, es decir, a medida que aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la frecuencia de uso de esta estrategia disminuye. Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación estadísticamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la reestructuración cognitiva (p ,05), tal como se evidencia en la tabla 3.

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el cambio “contacto social”.

Los resultados muestran que del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 13,4% usa frecuentemente la técnica de afrontamiento centrada en el cambio “contacto social” y el 53,3% la usa con muy poca frecuencia; en cambio, del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 37,5% la usa frecuentemente, así como con el mismo porcentaje en el nivel frecuencia moderada y con muy poca frecuencia el 25,0%. Se observa, asimismo, que la relación es inversa, es decir, a medida que aumenta el nivel del patrón de conducta Tipo A, la frecuencia del uso de esta estrategia disminuye. Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que

Tabla 3 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la “reestructuración cognitiva” como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio.*

FRECUENCIA USO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- Frecuentemente	8	26,7	33	55,9	10	62,5	51	48,6
- Frecuencia moderada	12	40,0	17	28,8	5	31,2	34	32,4
- Muy poca frecuencia	10	33,3	9	15,3	1	6,3	20	19,0
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$\chi^2 = 10,07$ $p < ,05$

demuestra la relación estadísticamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la estrategia de afrontamiento centrada en el cambio contacto social ($p < ,05$), como puede observarse en la tabla 4.

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento.

Del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 56,7% usa

Tabla 4 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la “contacto social” como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio.*

FRECUENCIA DE USO DE CONTACTO SOCIAL	NIVEL DE PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	4	13,4	23	39,0	6	37,5	33	31,4
- Frecuencia moderada	10	33,3	23	39,0	6	37,5	39	37,2
- Muy poca frecuencia	16	53,3	13	22,0	4	25,0	33	31,4
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$\chi^2 = 11,00$ $p < ,05$

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el cambio “expresión de emociones”.

Tras apreciarse que la frecuencia de uso moderada de expresión de emociones predomina tanto en pacientes con un nivel alto, medio y bajo en el patrón de conducta Tipo A, no hay relación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la técnica de afrontamiento centrada en el cambio “expresión de emociones” ($p < ,05$).

frecuentemente estas técnicas y el 3,3% con muy poca frecuencia; en cambio que del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 0,0% se encuentra en el nivel frecuentemente y el 37,5% en el nivel muy poca frecuencia. Se observa, asimismo, que la relación es directa, es decir, a medida que aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la frecuencia de uso de esta estrategia es mayor; y a menor patrón de conducta Tipo A, disminuye el uso de esta estrategia. Esta

Tabla 5 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la “expresión de emociones” como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio.*

FRECUENCIA DE USO EXPRESIÓN DE EMOCIONES	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	6	20,0	19	32,2	3	18,7	28	26,7
- Frecuencia moderada	14	46,7	29	49,2	9	56,3	52	49,5
- Muy poca frecuencia	10	33,3	11	18,6	4	25,0	25	23,8
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$\chi^2 = 3,57$ $p > ,05$

situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación altamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento ($p < 0,01$), tal como se puede apreciar en la tabla 6.

pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 0,0% se encuentra en el nivel frecuentemente y el 50,0% con muy poca frecuencia. Se observa, asimismo, que la relación es directa, es decir, a medida que aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la

Tabla 6 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de las técnicas centradas en el estancamiento como estrategia de afrontamiento.*

FRECUENCIA USO TECNICAS AFRONT. CENTRADAS EN EL ESTANCAMIENTO	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	17	56,7	14	23,7	0	0,0	31	29,5
- Frecuencia moderada	12	40,0	36	61,0	10	62,5	58	55,3
- Muy poca frecuencia	1	3,3	9	15,3	6	37,5	16	15,2
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$$\chi^2 = 22,65 \quad p < ,01$$

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento “evitación de problemas”.

Del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 40,0% usa frecuentemente técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento evitación de problemas y el 30,0% la usa con muy poca frecuencia; mientras que del total de

frecuencia de uso de esta estrategia es mayor; y a menor patrón de conducta Tipo A, disminuye el uso de esta técnica. Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación estadísticamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la estrategia de afrontamiento evitación de problemas ($p < 0,05$).

Tabla 7 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la “evitación de problemas” como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento.*

FRECUENCIA USO EVITACIÓN DE PROBLEMAS	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	12	40,0	11	18,6	0	0,0	23	22,0
- Frecuencia moderada	9	30,0	24	40,7	8	50,0	41	39,0
- Muy poca frecuencia	9	30,0	24	40,7	8	50,0	41	39,0
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$$\chi^2 = 10,60 \quad p < ,05$$

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento “pensamiento de esperanza”.

Del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 76,7% usa frecuentemente la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento pensamiento de esperanza y el 3,3% la usa con muy poca frecuencia; en cambio, del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 18,7% la usa

frecuentemente y el 12,5% la usa con muy poca frecuencia. Se observa, asimismo, que la relación es directa, es decir, a medida que aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la frecuencia del uso de esta estrategia es mayor; y a menor patrón de conducta Tipo A, disminuye el uso de esta estrategia. Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación altamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento pensamiento de esperanza (p ,01). (Ver tabla 8).

Tabla 8 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de los “pensamientos de esperanza” como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento.*

FRECUENCIA USO DE PENSAMIENTOS DE ESPERANZA	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	23	76,7	25	42,4	3	18,7	51	48,6
- Frecuencia moderada	6	20,0	27	45,7	11	68,8	44	41,9
- Muy poca frecuencia	1	3,3	7	11,9	2	12,5	10	9,5
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$\chi^2 = 16,36$ $p < ,01$

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento “retractación social”.

Del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 43,3% usa frecuentemente la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento retractación social y el 16,7% con muy poca frecuencia; mientras que del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el ,0% se encuentra en el nivel frecuentemente y el 56,3% con muy poca frecuencia. Se observa, asimismo, que la relación es directa, es decir, a medida que

aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la frecuencia del uso de esta estrategia es mayor; y a menor patrón de conducta Tipo A, disminuye el uso de esta estrategia. Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación altamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la estrategia de afrontamiento retractación social (p ,01). (Ver tabla 9).

Tabla 9 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la “retractación social” como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento.*

FRECUENCIA DE USO DE RETRACTACIÓN SOCIAL	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	13	43,3	8	13,5	0	0,0	21	20,0
- Frecuencia moderada	12	40,0	29	49,2	7	43,7	48	45,7
- Muy poca frecuencia	5	16,7	22	37,3	9	56,3	36	34,3
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$\chi^2 = 18,09$ $p < ,01$

Nivel de patrón de conducta Tipo A en relación con la frecuencia de uso de la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento “autocrítica”.

Del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A, el 53,3% usa frecuentemente la técnica de afrontamiento centrada en el estancamiento “autocrítica” y el 20,0% con muy poca frecuencia; mientras que del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 0,0% se encuentra en el nivel frecuentemente y el 68,8% con muy poca

frecuencia. Se observa, asimismo, que la relación es directa, es decir, a medida que aumenta el nivel de patrón de conducta Tipo A, la frecuencia del uso de esta estrategia es mayor; y a menor patrón de conducta Tipo A, disminuye el uso de esta estrategia. Esta situación es detectada por la prueba estadística ji-cuadrado de independencia de criterios que demuestra la relación altamente significativa entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la estrategia centrada en el estancamiento autocrítica (p,01). (Ver tabla 10).

Tabla 10 *Relación entre el nivel de patrón de conducta Tipo A y la frecuencia de uso de la “autocrítica” como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento.*

FRECUENCIA USO AUTOCRÍTICA	NIVEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A						TOTAL	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Frecuentemente	16	53,3	12	20,3	0	0,0	28	26,7
- Frecuencia moderada	8	26,7	21	35,6	5	31,2	34	32,4
- Muy poca frecuencia	6	20,0	26	44,1	11	68,8	43	40,9
TOTAL	30	100,0	59	100,0	16	100,0	105	100,0

$\chi^2 = 20,02$ $p < ,01$

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la mayor frecuencia de pacientes hipertensos presenta características del patrón de conducta Tipo A de que constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial.

Desde el punto de vista teórico, estos resultados se pueden interpretar a la luz de la investigación de Molerio Pérez, Osana y García Romagosa, Geogina (2004) denominada: Influencia del estrés y de las emociones en la hipertensión arterial esencial, realizada en Cuba. Concluyeron que hay un predominio en los pacientes hipertensos de vivencias negativas experimentadas intensamente y altos niveles de vulnerabilidad al estrés y niveles de ansiedad rasgo y estado que oscilan entre medio y alto.

Respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en el cambio y centradas en el estancamiento, se observa que en ambas clases de estrategias, el mayor porcentaje se encuentra, en los niveles frecuencia moderada y frecuentemente. Esto quiere decir que los pacientes hipertensos utilizan las dos estrategias en general, pero al contrastarlas con el patrón de conducta Tipo A se observan diferencias en el uso de las mismas, de acuerdo con el nivel que obtienen en dicho patrón, considerándose éste como una variable independiente de las estrategias ya citadas. En esta dirección se considera lo siguiente: que el Panel Review en 1981 le otorgó oficialmente al patrón de conducta Tipo A el factor de riesgo, otorgándose por primera vez a un factor psicosocial un valor de riesgo para la cardiopatía isquémica.

Los resultados muestran una relación inversa estadísticamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y las técnicas

de afrontamiento centrada en el cambio: a medida que aumenta el nivel de este patrón, la frecuencia del uso de esa clase de técnica disminuye. Así, el paciente hipertenso con dicho patrón de conducta en un nivel alto tiene más ideas rígidas que no le permiten operativizar con mayor flexibilidad los acontecimientos de la vida en situaciones adversas inevitables, queriéndolo resolver siempre desde su punto de vista que muchas veces, por su rigidez, resultan inoperantes y reacciona, por lo general, de manera impulsiva y descontrolada. Además, está siempre en un estado de alerta, en constante competencia con los demás, lo cual le restringe el contacto social. En cambio, los pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón tienden a manejar mejor el estrés de la vida cotidiana, por generar ideas más flexibles que se ajustan mejor a las demandas del medio, pueden resolver los problemas de una manera más eficaz, lo que les favorece para que sus contactos con los demás puedan brindarse con mayor facilidad, y encuentran muchas veces, en ellos la resolución a los problemas que afrontan. Estos hallazgos concuerdan con lo comprobado por Bongard et al. (1997) y Dalton (1998), que la oclusión coronaria era inferior en los sujetos que percibían mayor apoyo social.

Se señala una relación inversa estadísticamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala resolución de problemas como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio: a medida que aumenta el nivel de este patrón, la frecuencia de uso de esta subescala disminuye. Así, los pacientes hipertensos con un nivel alto en dicho patrón de conducta, por ser impacientes, se mueven mucho por el impulsor apúrte lo que los agobia, porque esto determina el efecto contrario a lo que desean, impidiéndoles organizar su tiempo, lo que interfiere en el manejo racional de sus emociones y con el aumento de riesgo de su salud. Por el

contrario, los pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón de conducta tienen mayor capacidad organizativa, no se agobian con los tiempos y afrontan los problemas buscándole soluciones adecuadas y pertinentes.

Estos resultados coinciden con los diversos estudios que han relacionado los diferentes estilos de coping o estrategias de afrontamiento, con la reactividad cardiovascular en la presión arterial o en la tasa cardiaca. Clark (1997), en relación con el coping focalizado en el problema, encontró que está inversamente relacionado con las respuestas cardiovasculares y fue el más consistente predictor de las mismas. A mayor utilización de esta estrategia, menor presión arterial.

Se encontró una relación inversa estadísticamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala reestructuración cognitiva como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio: a medida que aumenta el nivel de dicho patrón, la frecuencia de uso de esta subescala disminuye. Así, los pacientes hipertensos con un nivel alto de este patrón de conducta tienen ideas más rígidas, las cuales no les permite enfocar la situación o problema de una manera más flexible, por lo que sus esquemas mentales rígidos no les favorece en la adaptación a los cambios, entrando en crisis. Tienden a involucrarse mucho con los trabajos, los tiempos y las responsabilidades a las que sobredimensionan, viviendo siempre en un círculo vicioso de estrés continuo. Por el contrario, los pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón de conducta intentan ver la situación desde otro punto de vista. Ven el lado positivo de las dificultades, buscan opciones que les brinden solución a sus problemas y necesidades.

Bongard y colaboradores (1997), dentro del campo que relaciona la hipertensión con las variables psicológicas, encontraron en relación con el coping activo que la utilización de este estilo de coping ante situaciones difíciles provoca un aumento en la respuesta cardiovascular, particularmente en la tasa cardiaca y la presión arterial diastólica. González-Pinto et al. (1997) encontraron que el uso de la capacidad cognitiva para suprimir la expresión de rabia incrementaba la expresión diastólica. Lo saludable es tener un pensamiento operativo para la búsqueda de soluciones y llevarlas a la práctica.

De acuerdo con los resultados, se encontró una relación inversa estadísticamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala contacto social como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio: a medida que aumenta el nivel de dicho patrón, la frecuencia del uso de esta subescala disminuye. De este modo, los pacientes hipertensos con un nivel alto de este patrón de conducta en situaciones difíciles tienden más bien a retraerse de los contactos con los demás y, por su rigidez ideacional, la búsqueda hacia fuera no la llevan a buen recaudo. Siendo competitivos, van a dar prioridad a sus criterios, así no sean funcionales, lo cual los aleja aun más del apoyo que les puedan brindar otras personas. Por el contrario, los pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón de conducta tienden a emplear recursos externos en los contactos con los otros, lo que les permite intercambiar opiniones y sugerencias que apuntan al cambio adaptativo que la situación les crea. Logran, además, sentirse emocionalmente comprendidos y depositan, de esa manera, confianza en el entorno y afianzando sus vínculos sociales. Estos resultados de disminución del contacto social, cuando se eleva el patrón de conducta Tipo A,

coinciden con los hallazgos de Fernández-Abascal (1997), quienes señalan que una estrategia importante es la búsqueda "de apoyo social" y, según Dalton (1998), el apoyo social puede ser beneficioso en determinadas circunstancias.

La prueba estadística ji-cuadrado no detectó relación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala expresión de emociones como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio. Esto se debe a que en los pacientes hipertensos, precisamente, es la parte emocional la que falla al no modular bien la expresión de las emociones (o bien son explosivos y hasta impulsivos; o bien reprimen la expresión de las mismas) sin diferenciar el que comporten alto o bajo nivel de patrón de conducta Tipo A. Esta dificultad en la expresión de las emociones los torna más sensibles al desarrollo de la hipertensión. Esto se observa claramente en pacientes con antecedentes hereditarios y que además han aprendido en forma inadecuada el manejo de las emociones, como se ha señalado previamente, en su entorno inmediato cuando estaban en edades primarias, donde los modelos de aprendizaje quedan como una suerte de cuño que va a comandar los comportamientos desde ese entonces hacia delante.

Estos resultados van paralelos con los estudios de Clark (1997), en relación con el coping focalizado en la emoción, quien encuentra que está relacionado de forma positiva con la respuesta cardiovascular.

Se señala una relación directa altamente significativa entre el Patrón de Conducta Tipo A y la Técnica de Afrontamiento Centrada en el Estancamiento: a medida que aumenta el Nivel de dicho Patrón, la Frecuencia del uso de dicha Técnica aumenta. Así, los pacientes hipertensos con este Patrón de Conducta en

Nivel Alto tienden a usar estas técnicas con mayor frecuencia, lo cual les va a dificultar enfocar y resolver los problemas de la vida cotidiana; aunado a sus características inherentes de ser impulsivos, apretados por el tiempo, involucrados excesivamente con responsabilidades y tareas laborales, hace que se incremente el riesgo de presentar cuadros sumamente peligrosos de hipertensión que conllevan no pocas veces a internamientos por emergencia. Por el contrario, los pacientes con Bajo Nivel de este Patrón de Conducta no usan estas estrategias o los usan con frecuencia moderada.

Estos resultados se pueden explicar con las definiciones brindadas por González-Pinto (1997). Consideran las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas y los conflictos entre ambas, que exceden los recursos de una persona. Los recursos de los que dispone una persona para hacer frente al estrés son muy diversos, pero presentándose restringidos en los pacientes Tipo A.

Los hallazgos muestran una relación directa estadísticamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala evitación de problemas como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento: a medida que aumenta el nivel del dicho patrón, la frecuencia de uso de esta subescala aumenta. Así, los pacientes hipertensos con este patrón de conducta en un nivel alto no afrontan los problemas y/o los descalifican, postergando la solución de los mismos. El problema, al no ser resuelto, se va incrementando, complicándoles diferentes aspectos de la vida cotidiana (familia, pareja, círculos amicales, laborales, etc.) y puede darse la situación que para "olvidar" el problema se compenetren muy fuertemente en sus responsabilidades laborales de modo que no asumen la problemática real y, por lo tanto, no la

resuelven. Por el contrario, los pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón de conducta tienden a buscar soluciones para afrontar sus problemas de una manera más racional.

Estos resultados encuentran fundamento en lo expuesto por Dressler y cols. (1998). Sostienen que las modificaciones cardiovasculares también van a estar influenciadas por el sentimiento que se tenga de la habilidad propia al realizar una tarea, pues están relacionando el coping activo con la habilidad percibida hacia la tarea concreta. Existen también investigaciones donde la percepción de autoeficacia ante las demandas fue valorada positivamente para el control de la presión arterial y como predictor de la misma.

Los hallazgos muestran una relación directa altamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala pensamiento de esperanza como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento: a medida que aumenta el nivel de dicho patrón, la frecuencia del uso de esta subescala aumenta. De este modo, los pacientes hipertensos con este patrón de conducta en un nivel alto evidencian pensamientos de corte mágico ante los problemas que afrontan esperando soluciones que tienen que ver mucho con la fantasía más que con la realidad y, de esa manera, aquellos no van a resolverse y, por el contrario, van a ir incrementándose, exponiéndose más al riesgo que la hipertensión acarrea. Esto está relacionado con la evitación de los problemas, como se ha descrito en el punto anterior, pues la fantasía de que la solución llegará sin trabajarla determina que los sujetos eviten buscar resolver los problemas basándose en la realidad, con lo cual posponen indefinidamente la resolución de sus conflictos y el estrés va a permanecer dentro de ellos. Por el contrario, los

pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón de conducta tienden a pensar objetivamente para que las dificultades puedan resolverse y de esa manera no se constituyan en un peligro latente para su hipertensión.

Estos resultados van en la misma línea de los hallazgos de la Teoría de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis (1962), Ellis y Grieger (1977). Estos investigadores especularon que los individuos de Tipo A comparados con los Tipos B sostendrían creencias irracionales que les estarían predisponiendo a comportarse de una manera derrotista. Específicamente se hipotetizó que un patrón de conducta Tipo A sería atribuible a la estructura cognitiva de los individuos y que habría relaciones significativas entre el total de este patrón de conducta y las creencias irracionales de aquellos que identificó Ellis. Por ello, si confirmamos un entendimiento más completo del patrón de creencias irracionales, podría convertirse en base para el consejo racional-emotivo de los individuos considerados como de Tipo A y que desean modificar sus estilos de vida. De este patrón se puede decir que, en general, las personas que lo comportan mantienen creencias irracionales que las llevan a confrontar los problemas inmediatamente y demandar soluciones perfectas para esos problemas, tanto a sí mismos como a los demás. También sostienen ideas irracionales que les causa una reacción exagerada ante los obstáculos, al tratar de encontrar soluciones rápidas a esos problemas. Así, los individuos de Tipo A persistentemente se generan estrés sin hacer caso a las exigencias de la situación o la realidad de las circunstancias.

Se encuentra una relación directa altamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala retractación social como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento: a medida que aumenta el nivel de dicho patrón, la

frecuencia del uso de esta subescala aumenta. Así, los pacientes hipertensos con este patrón de conducta en un nivel alto frecuentemente tienden a aislarse con sus problemas y no los resuelven mediante el apoyo del grupo, por que son personas que prefieren guardarse sus conflictos, pues al ser competitivos les puede significar para ellos ser vulnerables y débiles ante los demás. Son personas que tienden más a las apariencias y al ocultamiento de sus realidades. Por otro lado, los pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón de conducta tienden a expandirse en los contactos con los demás encontrando muchas veces las respuestas que les facilita la resolución de sus conflictos.

La retractación social no favorece al paciente, pues como sostiene Arana et al. (2001), el apoyo emocional es un factor moderador de las situaciones. El sujeto debe buscar ese apoyo durante las situaciones de estrés. Asimismo, Cottingyton y cols. (1985) encontraron que la alexitimia estaba relacionada con la baja percepción de soporte social y esto era debido a la relación entre este rasgo con los bajos niveles de destrezas sociales.

De acuerdo con los resultados, se señala una relación directa altamente significativa entre el patrón de conducta Tipo A y la subescala autocrítica como estrategia de afrontamiento centrada en el estancamiento: a medida que aumenta el nivel de dicho patrón, la frecuencia de uso de esta subescala aumenta. Así, los pacientes hipertensos con este patrón de conducta en un nivel alto tienden a ser muy críticos y desvalorizantes consigo mismos. Además, muestran tendencia a la culpa lo que incrementa los niveles de angustia que muchas veces desencadena, como reacción, el incremento de la presión arterial. Estas personas ingresan a estados de estrés a repetición. Por el contrario, los pacientes hipertensos con un nivel bajo de este patrón de conducta tienden

a ser más objetivos, por lo que le dan un enfoque más real a su problemática y por tanto no ingresan en circuitos culpógenos disminuyendo, por otro lado, pensamientos autocríticos.

Estos resultados pueden aparejarse con los hallazgos de Epstein y Meier (1989, citado por Moscoso 1992), quienes sostienen que el afrontamiento emocional estaría asociado a la ansiedad, con énfasis en las tendencias a tomar las cosas de manera personal y a evaluar las experiencias como amenazantes, y al pensamiento negativo, asociado a la depresión, destacando una orientación fatalista hacia el mundo.

De lo expuesto, es posible derivar las siguientes conclusiones:

- Existe relación entre el patrón de conducta Tipo A y las estrategias de afrontamiento al estrés, dependiendo del tipo de estrategia del nivel de patrón de conducta Tipo A.
- La relación entre el patrón de conducta Tipo A y las estrategias de afrontamiento centradas en el estancamiento es altamente significativa y directa.
- Las estrategias de afrontamiento centradas en el cambio y el patrón de conducta Tipo A están relacionados de manera inversa y estadísticamente significativa.
- La expresión de las emociones como estrategia de afrontamiento centrada en el cambio no se relaciona con el patrón de conducta Tipo A.
- El pensamiento de esperanza, la retractación social y la autocrítica constituyen estrategias de afrontamiento que se relacionan de manera directa y altamente significativa con el patrón A.

REFERENCIAS

- Arana, G; Cilliani, B; Abanto, D (2001). **Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión.** *Revista Med. Hered*, 4(12).
- Arjona, I y Guerrero, S (2004). Estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes de secundaria. *Psiquis*, 17 (7), 73-79
- Bages, N; Feldman, L; Chacon, G (1995). Patrón de Conducta Tipo A y Reactividad cardiovascular en Gerentes. *Acta Médica*, 3(23), 56.60
- Bongard, S. y Hodapp, V. (1997). Active coping, work-pace, and cardiovascular responses: Evidence from laboratory studies. *Journal of Psychophysiology*, 11 (3), 227-237
- Cea, J.; Brazal, J.; y González-Pinto, A. (1997). **Estrategias de Afrontamiento e Hipertensión Esencial.** *Revista electrónica de motivación y emoción Reme*, volumen 4 número 7.
- Conrada RJ, Krants DS.(1988). Stress, reactivity and type A behaviour: Current status and future directions. *Ann Behav Med* 10:64-70.
- Clark, R. (1997). Sjin tone, coping, and cardiovascular responses to ethnically-relevant stimuli. Dissertation Abstracts International: -Section B: The Science and Engineering, 57 (12-B), 7719
- Cottington, E.M., Brock, B.M., House, J.S. y Hawthorne, V.M. (1985). Psychosocial factors and blood pressure in the Michigan statewide blood pressure survey. *American Journal of Epidem.*, 121: 515-529
- Dalton, K.M. (1998). Relationships between anterior cerebral asymetry, cardiovascular reactivity, and anger-expression style during re-lived emotion and coping task. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 59 (3-B), 1406
- Dressler, W.W., Bindon, J.R. y Negggers, Y.H. (1998). John Henryism, gender, and arterial blood pressure in an African American Community. *Psychosomatic Medicine*, 60 (5), 620-624
- Dembroski TM, McDougall JM. (1983). **Behavioural and psychophysiological perspectives on coronary prone behaviour.** En: Dembroski, T.H., Smith, T.H., Blumchen, G. Ed. *Biobehavioural basis of coronary heart disease.* New York: Carger, 1983:106-129.
- Eliot, R. (1988). The dynamics of hypertension: An overview: Present practices, new possibilities and new approaches. *Am Heart J* 1988; 116:583-589.
- Escribà-Agüir, V. y Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional. En Médicos Especialistas de la Comunidad Valenciana.** *Revista cubana med.* Abr.-jun., 2003, vol.23, no.2.
- Escribà-Agüir, V. y Bernabé-Muñoz, Y. (2003). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional. En Médicos Especialistas de la Comunidad Valenciana. Un Estudio con Entrevistas Semiestructuradas. *Psico-USF*, v. 8, n. 2, p. 175-182, Jul./Dez.
- Fernández-Abascal, E.G. (1993). *Hipertensión. Intervención psicológica.* Eudema. Madrid
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento.* En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.): Cuadernos de prácticas de motivación y emoción. Madrid. Pirámide
- Friedman M, Rosenman R.(1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J . Am Med. Assoc.*, pp.169:1286-1296.
- González-Pinto, A., Ortiz, A., Castillo, E., Zupiria, S., Ylla, L. y González de Rivera, J.L. (1997). Reactividad al estrés, estrategias de afrontamiento y ajuste social. *Psiquis*, 18 (9), 373-379
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Lazarus, Richard S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao, Biblioteca de Psicología: Desclée

- De Brouwer.
- Llull, D.; Zanier, J.; García, L. (2001). **Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer.** *Revista PSICO-USF.* 2(6), 55-64, Jul./Dez. 2001
- Jenkins C. (1988). Epidemiology of cardiovascular diseases. *Consult Clin Psychol* 1988; 56(3), 324-332.
- MINSA (2004). Informe de salud mental en Lima metropolitana.
- Molerio, O., García et al. (2004). **Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial.** *Revista cubana med*, abr.-jun. 2004, vol.43, no.2-3
- Pelechano, L. (1996). Habilidades sociales. CEAC, Madrid.
- Rosenman R. (1990). Cardiovascular reactivity: Physiological or psychological. En: Schimdt, L., Chwenkmezger, P., Weinman, J., Maes, S. Ed. *Theoretical aspects of health psychology.* New Jersey: Harwood Academic Publisher.
- Rodríguez Marín (1996). *Psicología.* Buenos Aires: Ateneo.
- Urquijo, S.; Giles†, Mariela; Richard, María; L. Pianzola (2003). Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología.* Vol 32, Junio, Buenos Aires.
- Viñas, F. y Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del período de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes. http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num1/art_5.htm
- Williams, R., Suárez, E., Khun, C., Zimmerman, E., Schanberg, S. (1991). Biobehavioural basis of coronary-prone behaviour in middle-aged men. Part 1: Evidence for chronic SNS activation in type As. *Psychosom Med.* pp.53:517-527.
- Williams, R.B., Lane, J.D., Kunh, C.M., Melosh, W., White, A.D., Schanberg, S.M. (1982). Type A behaviour and elevated physiological and neuroendocrine responses to cognitive tasks. *Science* pp.218:483-485.