



Estilos de afrontamiento a las enfermedades no transmisibles

Autores: Reinier, Saavedra Zamora¹, Marvelis, Blanco Suárez², Yanet, Mariño Pérez³, Leydis Yanet, Santisteban Cedeño⁴, Luis Enrique, Pérez Estrada⁵

1. Profesor Instructor del departamento de Informática Médica, Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma. Cuba. E-mail: reiniersaavedrazamora@gmail.com
2. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar del departamento de Psicología. Investigador agregado Facultad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma. Cuba.
3. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar del departamento de Psicología. Investigador agregado. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley.
4. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar del departamento de Psicología. Investigador agregado. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley.
5. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente del departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley.

Resumen

Introducción: Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles han ocupado un lugar significativo en la Medicina Comunitaria; no solo porque causan perjuicios desde el punto de vista orgánico, sino además en el plano psicológico del individuo, provocando niveles elevados de estrés y diversos estilos de afrontamiento. **Objetivo:** Determinar cómo se manifestó el afrontamiento a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en individuos enfermos del Consultorio Médico de la Familia #1 perteneciente al Policlínico #3 del Municipio Manzanillo, Provincia Granma **Desarrollo:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el período comprendido entre marzo 2017 - julio del 2019. La población quedó constituida por 369 individuos con enfermedades crónicas no transmisibles. Se estudió la variable "Afrontamiento a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles" y sus categorías correspondientes equivalentes a los estilos de afrontamiento: centrado en el problema y centrado en la emoción. La información se obtuvo mediante el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-28. Los resultados se presentaron en tablas. Los datos se analizaron mediante números absolutos y porcentos. **Conclusiones:** Se evidenció la presencia de varios estilos de afrontamiento a las enfermedades crónicas no transmisibles, predominando en el 58.27% del estilo de afrontamiento centrado en el problema.

Palabras clave: AFRONTAMIENTO; ENFERMEDAD NO TRASMISIBLES (ENTs), ESTRÉS, COPE-28.



Introducción:

Desde hace varios siglos, la comunidad científica en general se ha ocupado de estudiar los aspectos más relevantes del estrés. Este término proviene del griego stringere, que significa “apretar”.

En el siglo XVIII, el fisiólogo Claude Bernard usa el término estrés en el campo de la biología, como indicador de un proceso activo de resistencia. Así mismo este concepto ha sido amplia y heterogéneamente utilizado desde que el fisiólogo Walter Cannon en 1932 lo introdujera por primera vez en el campo de la salud y fuera posteriormente utilizado por Hans Selye en la década del 40 del pasado siglo. Cannon introdujo, además, el término “homeostasis”, que posteriormente estaría íntimamente ligado con el término en cuestión. La homeostasis es la tendencia del organismo a mantener un estado constante, es decir, un nivel óptimo de funcionamiento físico, ante las desviaciones que se puedan producir en el organismo.

Posteriormente, Selye extendió la noción de “homeostasis” planteada por Cannon al “Síndrome General de Adaptación”, dado por una serie de respuestas fisiológicas al estrés (alarma, resistencia y agotamiento). Selye definía el estrés como un con-junto de respuestas fisiológicas inespecíficas a estímulos físicos externos o internos, incluidas las amenazas psicológicas. Según su teoría, existe una respuesta prototípica al estrés, que viene desencadenada indistintamente por todo estímulo estresante; sin embargo, no especificó la naturaleza de dicha estimulación.

Mason en 1968, por su parte, añadió que la res-puesta fisiológica al estrés implicaba a todos los sistemas y subsistemas neuroendocrinos, y no sólo al corticosuprarrenal y medulosuprarrenal, indicando, además, que las respuestas fisiológicas presen-tan peculiaridades que dependen del tipo de estimulación.

Desde estas perspectivas, no era tan importante el tipo de situación que provocaba el estrés, como la severidad, duración e inestabilidad de la respuesta fisiológica que se producía como consecuencia, por lo que era conceptualizado como simplemente una respuesta fisiológica.

Desde otro punto de vista, se ha conceptualizado el estrés como un acontecimiento o estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo. ⁽¹⁾

Sin embargo, Lazarus y Folkman en 1984, no lo tratan como respuesta o estímulo; sino que proponen una tercera aproximación al estrés: definiéndolo como un proceso, basándose fundamentalmente en el individuo, específicamente en su valoración cognitiva, dadas las relaciones entre el individuo y el medio. ⁽²⁾



Por su parte el investigador cubano Dionisio Zaldívar considera el estrés como un fenómeno que expresa las cambiantes y complejas relaciones que mantiene el individuo con su ambiente, que en este caso resultan "relaciones alteradas" en tanto que las demandas ambientales no pueden ser satisfechas por el sujeto en función de que sus recursos resultan insuficientes para ello, o bien por las consideraciones negativas que este hace al respecto lo que le ocasiona una percepción de falta de control y por lo tanto de ineficiencia en el manejo de la situación. ⁽³⁾

Finalmente, Organización Mundial de la Salud lo define como una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada; lo cual trae consigo ciertas consecuencias sobre un individuo, que pueden expresarse a tres niveles fundamentalmente: a nivel fisiológico con el aumento en niveles de catecolaminas y corticoesteroides en sangre y orina, así como de la glucemia, taquicardia, hipertensión arterial, sequedad de la mucosa oral, sudoración intensa, midriasis, disnea, períodos de aumento o descenso de la temperatura corporal, somnolencia y parestesia; a nivel emocional con ansiedad, depresión, frustración, culpabilidad, irritabilidad, baja autoestima, nerviosismo y tristeza; por último a nivel cognitivo se manifiesta con incapacidad de tomar de decisiones, de concentrarse, olvidos frecuentes, bloqueos mentales e hipersensibilidad a la crítica.

Otro aspecto importante en el estudio del estrés son los denominados estresores o factores estresantes, que no son más que las situaciones desencadenantes del estrés y están constituidos por cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo, es decir, la homeostasis. Estos se agrupan en diez grandes categorías: situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente, estímulos ambientales dañinos, percepciones de amenaza, alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.), aislamiento y confinamiento, bloqueos en nuestros intereses, presión grupal, frustración, no conseguir objetivos planeados, relaciones sociales complicadas o fallidas.

Una categoría importante en el estudio del estrés como proceso es el afrontamiento, definido en primera instancia por Lazarus y Folkman y posteriormente modificado un poco por Zaldívar en el artículo Prevención del estrés en la tercera edad, en el cual lo define como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para reducir o no la amplitud y el nivel de activación, y modifican las demandas del ambiente o el carácter de las propias evaluaciones cognitivas.



Al planear el afrontamiento como proceso, Lazarus y Folkman consideraron tres aspectos: el primero, que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contra posición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones; el segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico; y el tercero, al referirse al afrontamiento como un proceso, significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción se va desarrollando.

Una de las características de esta conceptualización de afrontamiento es que va más allá de la resolución de un problema, ya que su desarrollo sirve también a otras funciones, las que dependen del marco teórico, sobre el que se conceptualiza el afrontamiento y/o en cuyo contexto se analiza. Existen funciones específicas del afrontamiento que pertenecen a contextos específicos, como en el proceso salud/enfermedad, donde Lazarus y Folkman plantean como funciones o estilos de afrontamiento principalmente dos: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción; siendo aplicables no solo a enfermedades agudas o infectocontagiosas, sino también a las enfermedades crónicas no transmisibles y por ende su repercusión en la esfera psicológica del individuo. ⁽¹⁾

Las Enfermedades no Transmisibles (ENTs), cuentan con una exorbitante incidencia y prevalencia en la población y se definen como afecciones de larga duración (mayor de 6 meses) y por lo general de progresión lenta, y en las cuales no está demostrada la transmisión de una persona a otra a través de agentes patógenos y vías de transmisión. Estas enfermedades dañan lentamente al organismo, lesionan órganos vitales, necesitan de atención médica periódica y pueden llevar a las complicaciones y a la muerte en un periodo más o menos largo; además, no se distribuyen al azar, sino que se ven más frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, como consecuencia de diversos factores ambientales que interactúan con un perfil genético vulnerable, siendo determinantes claves: la falta de educación formal, la pérdida de expectativas sociales y personales, y los estilos de vida perjudiciales para la salud.

En las últimas décadas se han convertido en una amenaza colosal para la población mundial, en la cual se diagnostican cientos de personas anualmente con enfermedades como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA), Asma Bronquial (AB) y otras Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC), Cardiopatía Isquémica (CI), Enfermedades Cerebrovasculares (ECV), varios tipos de Cáncer, e Insuficiencia Renal Crónica (IRC), entre otras; así mismo se han elevado las cifras de muertes secundarias a complicaciones de estas enfermedades, ubicándose entre las primeras causas de muerte; todo esto asociado la alta prevalencia de factores de riesgo existentes en la población. En sus comienzos se asociaba



la alta prevalencia de las ENTs a los países subdesarrollados, pero desde hace varias décadas se ha demostrado que afecta de manera similar a los países desarrollados. ⁽⁴⁾ Según datos obtenidos del Anuario Estadístico en Cuba en el año 2016, existió una prevalencia por cada 1000 habitantes de 219.4 personas con HTA, así mismo de 58.3 y 92.6 de DM y AB respectivamente; existiendo en Granma una prevalencia de 171 pacientes hipertensos por cada 1000 habitantes, así como 42.4 y 60.2 en enfermedades como DM y AB respectivamente.

En cuanto a la tasa de mortalidad por cada 100000 habitantes, en Cuba en el 2016, fue de 217.7 por cardiopatías, 216.3 por tumores malignos, 84.2 por ECV y 20.0 por DM; manifestándose con cifras similares en la provincia Granma. ⁽⁵⁾

A pesar de las diferencias desde el punto de vista fisiopatogénico y evolutivo que tienen estas enfermedades, ya que constituye un grupo muy heterogéneo; resulta de interés el estudio de su comportamiento en las poblaciones, manteniendo el principio de ver al paciente como ser biopsicosocial, existiendo numerosos estudios disponibles en sitios y revistas nacionales e internacionales como Infomed, Scielo y Research.eu; ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾; que reflejan el comportamiento de estos fenómenos desde el punto de vista físico, así mismo se revisó el Análisis de la Situación de Salud del Consultorio Médico de la Familia #1 del Policlínico #3, del municipio Manzanillo, provincia Granma; ⁽¹⁰⁾ donde se realizaba un estudio epidemiológico de estos fenómenos, pero también desde la misma perspectiva quedando a trastienda su comportamiento a nivel psicológico, en el cual se manifiestan principalmente con elevados niveles de estrés ya sea en el momento de la confirmación del diagnóstico, en la evolución de la patología, la existencia de comorbilidad, y la presentación de complicaciones por lo que los individuos son capaces de establecer diversos estilos de afrontamiento a estas situaciones, cobrando una importancia significativa al punto de interferir, en ocasiones, en el curso armónico de la vida cotidiana. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se plantea el siguiente problema científico: ¿Cómo se manifestó el afrontamiento a las ENTs en individuos enfermos del Consultorio Médico de la Familia #1 perteneciente al Policlínico #3 del Municipio Manzanillo, Provincia Granma?

Objetivo General:

Determinar cómo se manifestó el afrontamiento a las ENTs en individuos enfermos del Consultorio Médico de la Familia #1 perteneciente al Policlínico #3 del Municipio Manzanillo, Provincia Granma.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el período comprendido entre marzo 2018 - diciembre del 2019. La población quedó constituida por 369



individuos con ECNT pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia #1 perteneciente al Policlínico #3 del Municipio Manzanillo, Provincia Granma; coincidiendo la muestra con el universo. Fue solicitado el consentimiento informado de los pacientes. Se garantizó la confidencialidad de los resultados obtenidos y fueron explicados los objetivos de la investigación, además se respetó la autonomía de estas personas al decidir si participaban o no en la investigación.

A. Criterios de Inclusión:

1. Ser mayor de 16 años de edad.
2. Voluntariedad para participar en la investigación.
3. Haber sido diagnosticado con una enfermedad ECNT, con más de 2 años de evolución.
4. No estar diagnosticado con alguna discapacidad mental.

B. Criterios de exclusión:

1. Tener menos de 16 años de edad.
2. Haber sido diagnosticado con una ECNT hace menos de 2 años.
3. Estar diagnosticado con una discapacidad mental.
4. No tener disposición para participar en la investigación.

C. Métodos teóricos:

- Análisis - síntesis: permitió el estudio de la bibliografía y la selección de los materiales necesarios en el desarrollo de la investigación. Posibilitó la búsqueda de información para estructurar el sustento teórico en cuanto a las características del estrés y las ENTs. Este método se empleó en la introducción, análisis y discusión de los resultados fundamentalmente.
- Lógico-Práctico: Se utilizó para la definición de la pregunta de investigación, los objetivos, los métodos, aplicación y evaluación del instrumento COPE-28.
- Inducción - deducción: La combinación de ambos contribuyó a orientar la búsqueda de información específica sobre el tema, permitiendo realizar generalizaciones sobre estrés y ENTs. Resultó útil en los resultados, análisis y discusión de los resultados y las conclusiones.

C. Métodos Empíricos:



- Análisis documental: Se realizó una revisión de Historias Clínicas Individuales e Historias de Salud Familiar con el propósito de conocer las ENTs que padecían las personas estudiadas.

- Se empleó el cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-28, el cual permitió el estudio de la variable Estilos de Afrontamiento a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. (11)(12).El Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-28 (Coping Estimation) fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub en el año 1989 en su versión disposicional, la que fue construida siguiendo dos modelos teóricos: el Modelo de Lazarus y el Modelo de Autorregulación Conductual de Bandura. Esta versión cuenta con 28 ítems que describen formas de pensar, sentir o comportarse, que las personas suelen utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés:

1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. Hago bromas sobre ello.
8. Me critico a mí mismo.
9. Consigo apoyo emocional de otros.
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. Me niego a creer que haya sucedido.
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.



19. Me río de la situación.
20. Rezo o medito.
21. Aprendo a vivir con ello.
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. Expreso mis sentimientos negativos.
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Estos ítems se evalúan con un sistema de respuesta en formato de tipo Likert que permite una puntuación que va del 1 al 4, en los cuales el puntaje 1 equivale a “casi nunca lo hago”, 2 “a veces hago esto”, 3 “usualmente hago esto” y 4 “hago esto con mucha frecuencia”. Luego se organizan alrededor de 14 escalas cada una conformada por 2 ítems diferentes que miden las 14 estrategias de afrontamiento. Estas estrategias posteriormente son organizadas en 2 categorías que equivalen a cada estilo de afrontamiento planteado por los autores.

Escalas (estrategias)	Ítems		Estilo de Afrontamiento
Afrontamiento activo	2	10	Centrado en el problema
Planificación	6	26	
Apoyo instrumental	1	28	
Autodistracción	4	22	
Búsqueda de apoyo emocional	9	17	Centrado en la emoción
Desahogo	12	23	
Desconexión conductual	11	25	
Negación	5	13	
Aceptación	3	21	
Religión	16	20	



Uso de sustancias	15	24
Humor	7	19
Autoinculpación	8	27
Reinterpretación positive	14	18

Este inventario ha demostrado su validez y confiabilidad en múltiples investigaciones realizadas internacionalmente.

D. Métodos estadísticos: Se empleó la estadística descriptiva a través de números absolutos y por cientos para la tabulación de los datos arrojados por del instrumento aplicado. Las tablas se realizaron con Excel y los resultados se presentaron en tablas estadísticas.

Resultados

La Tabla No.1(ver anexo #1) muestra la distribución de la población estudiada según las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes, donde se obtuvo que el mayor número de personas estudiadas padecían Hipertensión Arterial, con un total de 225 individuos representando un 60,98%. Es necesario des-tacar la presencia de comorbilidad en muchos de los pacientes manifestándose con mayor frecuencia la asociación de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en 102 individuos.

Al aplicar el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-28 se logró distribuir la población estudiada según Estilos de Afrontamiento. La Tabla No.2 (ver anexo #2)muestra dicha distribución, observándose que la mayor cantidad de los pacientes tuvieron un estilo de afrontamiento centrado en el problema, con 215 individuos, representando el 58.27%:La Tabla No.3(ver anexo #3) muestra la distribución de los individuos con Estilo de afrontamiento centrado en el problema según las diferentes Estrategias de Afrontamiento empleadas por estos, manifestándose que 108 individuos (50,23%) utilizaron como estrategia la Autodistracción. La distribución de la población con Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción según estrategias de afrontamiento empleadas por ellos; en esta se observa que la mayor cantidad de individuos utilizaron como estrategia de afrontamiento la Aceptación (122 individuos, representando el 79,22%).

A. Discusión de los Resultados:

En el presente estudio, al distribuir la población según Estilos de Afrontamiento a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles que padecían, se evidenció que el 58.27% de los individuos emplearon el estilo centrado en el problema, resultado acorde con el de la



investigación de la autora Joemelis Fuenmayor, titulada “Estilos de afrontamiento en adolescentes con Cáncer”.⁽¹³⁾ Antagónicamente a dicho resultado, fue el obtenido por la autora Mónica Cassaretto en su trabajo “Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal” donde el estilo centrado en la emoción fue el que se manifestó con mayor incidencia.⁽¹⁴⁾ Al distribuir la población con estilo de Afrontamiento centrado en el problema según estrategias empleadas se obtuvo que la Autodistracción fue la de mayor incidencia, presentándose en el 50,23% de los individuos, coincidiendo con la obtenida por Fuenmayor en su investigación, siendo un dato controversial al obtenido por Cassaretto en su estudio, donde la estrategia más empleada fue la Planificación.

Teniendo en cuenta el estilo centrado en la emoción, en la población estudiada, la estrategia más empleada por los individuos fue la Aceptación, presentándose en el 79,22% de ellos, dato acorde con los obtenidos por Cassaretto y Fuenmayor en sus investigaciones. Si bien el conocimiento por parte del personal de salud, de las formas en que puede afectar en la esfera psicológica de una persona el hecho de ser diagnosticada con una ECNT, ayuda a su seguimiento y tratamiento médico; es importante hacer alusión a que este grupo de enfermedades es muy heterogéneo en cuanto a manifestaciones clínicas y deterioro físico y mental al que evolucionan, por lo que resulta frecuente encontrar en una población determinada varios estilos de afrontamiento aun así cuando se trate de la misma enfermedad o la diferencia entre ser diagnosticado con Asma Bronquial o Hipertensión Arterial al haberlo sido con una variedad de Cáncer o IRC. Desde cualquier punto de vista es siempre necesario y oportuno brindar nuestro apoyo como profesionales de la salud y como seres humanos, así como ofrecer al enfermo y su familia las herramientas psicológicas necesarias para lidiar con esta situación y aprender a vivir con la enfermedad; siempre manteniendo la premisa de ver al paciente como un ser biopsicosocial.

Conclusiones

En la población estudiada la enfermedad que con mayor frecuencia se presentó fue la Hipertensión Arterial. El Estilo de Afrontamiento más empleado fue el Centrado en el Problema. En el estilo de Afrontamiento centrado en el problema la estrategia más empleada fue la autodistracción. Teniendo en cuenta el estilo de Afrontamiento centrado en la emoción la estrategia más empleada fue la Aceptación.

Referencias bibliográficas

1. Blanco Suárez M. Estrategia Educativa para la formación de la valoración de los factores estresantes en los adultos mayores. [tesis]. Granma: Ciencias Médicas; 2015.



2. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
3. Zaldívar, D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Científico-Técnica; 1996.
4. Álvarez Sintés, R. Medicina General Integral: Salud y Medicina. Vol. 3. 3ªed. La Habana: ECIMED; 2014.
5. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud, Ministerio de Salud Pública; 2018.
6. Mougialakou, S. Special Feature: Talking about Diabetes in Europe. Research.eu: Results Magazine. 2015; (47): 4-8.
7. Horev, A. Special Feature: Early detection of lung and colorectal cancer. Research.eu: Results Magazine. 2016; (50): 4-10.
8. Mougialakou, S. Biology and Medicine: The pancreatic cancer patients. Research.eu: results Magazine. 2016; (52): 15-18.
9. Horev, A. A sensor-fitted suit to analyse stroke patients' movements. Research.eu: Results Magazine. 2017; (60): 18-19.
10. Labrada L. Análisis de la Situación de Salud del Consultorio Médico de la Familia #1 perteneciente al Policlínico #3: "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo en el período comprendido entre Septiembre de 2017 a Septiembre de 2018. 2018.
11. Crespo M, Cruzado J. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE; 23(92), 797-830. 1997.
12. Morán C, Landero R, González M. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. Bogotá: Universitas Psychologica; 2009 [fecha de acceso 27 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64716832020>.
13. Fuenmayor, J. Estilos de Afrontamiento en adolescentes con cáncer [Trabajo Especial de Grado]. Maracaibo; 2014 [fecha de acceso 16 de enero de 2019]. Disponible en URL: <https://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-14-07510.pdf>.
14. Cassareto, M. Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revista de Psicología de la PUCP. 2017; 24 (1); 109-140.



Anexos #1

Tabla No.1: Distribución de la población según Enfermedades Crónicas no Transmisibles más frecuentes.

Enfermedad	Número	Porcentaje
Hipertensión Arterial	225	60,98
Asma Bronquial	62	16,80
Cardiopatía Isquémica	58	15,72
Enfermedad Renal Crónica	3	0,81
Enfermedad Cerebrovascular	4	1,08
Cáncer	7	1,89
EPOC	9	2,44
Diabetes Mellitus	108	29,27

Anexo #2

Tabla No.2: Distribución de la población según Estilos de Afrontamiento.

Estilo de Afrontamiento	Número	Porcentaje
Centrado en el Problema	215	58,27
Centrado en la Emoción	154	41,73
Total	369	100

Anexo #3

Tabla No.3: Distribución de la población con Estilo de Afrontamiento centrado en el problema según Estrategias de Afrontamiento.

Estrategias de Afrontamiento	Número	Porcentaje
Afrontamiento activo	107	49,78
Planificación	95	44,19



Apoyo instrumental	46	21,39
Autodistracción	108	50,23