

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**



**ESTRES, AFRONTAMIENTO Y OPTIMISMO EN PACIENTES  
CON CARDIOPATIA ISQUEMICA**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:  
LIC. ROSALVA DE LOS ANGELES GARCIA GUERRA**

**DIRECTOR DE TESIS:  
Dra. Mónica Teresa González Ramírez**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, ENERO DE 2009**



SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

LIC. ROSALVA DE LOS ANGELES GARCIA GUERRA

PRESENTE.-

Por medio de la presente nos dirigimos a Usted para informarle que después de revisar su trabajo de Tesis titulada "ESTRES, AFRONTAMIENTO Y OPTIMISMO EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA"

hemos resuelto hacerle saber que ha sido ACEPTADA para que usted pueda presentar su Examen de Grado con la intención de titularse de la Maestría en CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Le deseamos el mayor de los éxitos en la meta que se ha propuesto.

Sin otro particular por el momento, nos despedimos de Usted.

Atentamente

"ALERE FLAMMAM VERITATIS"

Monterrey, N. L., a 3 de diciembre del 2008

COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRIAS Y ESPECIALIDADES DE POSGRADO

  
Dr. Victor M. Padilla Montemayor

  
Mtro. José Armando Peña Moreno

  
Mtro. Enrique García García

  
Dra. Ma. Concepción Rodríguez Nieto

  
Dra. Blanca L. Montoya Flores

  
Dr. Eduardo Zeal Beltrán

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

La presente tesis titulada “Estrés, Afrontamiento y Optimismo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica” presentada por **LIC. ROSALVA DE LOS ANGELES GARCIA GUERRA** ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

**Dra. Mónica Teresa González Ramírez**  
Director de tesis

---

Dr. José Moral de la Rubia  
Revisor de tesis

---

Dra. Fuensanta López Rosales  
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Diciembre de 2008

## DEDICATORIA

Con Todo mi amor y gran respeto dedico esta tesis a mi amado esposo el Dr. Pedro Méndez Carrillo y mis adorados hijos Mariana y Pedro a quienes amo y admiro profundamente.

## AGRADECIMIENTOS

Me es imposible agradecer en este espacio a todos los seres que han hecho posible que llegue a feliz término este trabajo; sin embargo, podría mencionar a algunos que han caminado a mi lado en forma desinteresada y brindándome su apoyo. Así, agradezco a mi esposo, el Dr. Pedro Méndez Carrillo, por sus desvelos a mi lado y además su exigencia de hacer las cosas “solamente bien”; como él dice, es la única manera de hacerlas.

Agradezco a mi mamá, Sra. Rosalva Guerra Flores, que cuando fui llorando a decirle que no podía, que era muy difícil el pos-grado para mí, me dijo: “vete a llorar al lado del libro, cuando termines de llorar agarras el libro y le sigues”; ¡bravo por mi madre, luchadora constante!.

También quiero expresar mi agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Mónica Teresa González Ramírez (Mony, como me gusta llamarla) por su ayuda constante, correcta e inmediata en todas mis dudas durante toda mi preparación en este camino del pos-grado, así como al Dr. René Landero, cuyas palabras determinaron la toma de decisiones importantes.

La intervención del Dr. José Moral de la Rubia ha sido también de gran apoyo por lo que nunca terminaré de agradecerle todas sus atenciones con respecto a la revisión de mi tesis, con intervenciones precisas de los cambios que fue necesario hacer. Así mismo a la Dra. Fuensanta López Rosales quien con gran entusiasmo asesoró este trabajo como mi revisora y quien está siempre dispuesta a ayudar.

Agradezco al Dr. Víctor Padilla por su revisión, guía y ayuda en este trabajo y al Director Mtro. Arnoldo Téllez López, por el apoyo que me ha brindado para cursar la Maestría.

Mi agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por otorgarme una beca para la realización de mis estudios.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el nivel de estrés percibido, la manera de afrontarlo y el grado de optimismo, en personas con Cardiopatía Isquémica que sufrieron un evento agudo de isquemia miocárdica, durante su estancia hospitalaria y después de recibir el tratamiento correspondiente. Fue un estudio no-experimental, correlacional. Se usaron los siguientes instrumentos: Escala de Estrés Percibido -PSS-, en su versión adaptada a México, Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) y LOT-R (Life Orientation Test) versión española. Se evaluaron 30 personas, 3 mujeres y 27 hombres, entre 33 y 74 años (media 59.6), todos de un nivel sociocultural alto. Se realizaron análisis descriptivos y de correlación utilizando la prueba de correlación de Spearman. Los resultados mostraron una correlación negativa y significativa del estrés con el optimismo ( $r_s = -.529$ ); las formas de afrontamiento que se relacionan significativamente con el estrés son reevaluación positiva que correlaciona negativamente con el estrés ( $r_s = -.423$ ,  $p < 0.05$ ) siendo una de las más utilizadas, y la expresión emocional abierta que correlaciona positivamente ( $r_s = .430$ ,  $p < 0.05$ ) y no fue tan utilizada. No se encontró correlación significativa entre la escala completa de optimismo y formas de afrontamiento. Al analizar exclusivamente los ítems de optimismo, correlacionaron positiva y significativamente con focalización en la solución del problema ( $r_s = .382$ ,  $p < 0.05$ ) y reevaluación positiva ( $r_s = .401$ ,  $p < 0.05$ ), las formas de afrontamiento más utilizadas. El optimismo tuvo correlación negativa con autofocalización negativa ( $r_s = -.423$ ,  $p < 0.05$ ), una de las menos usadas por los sujetos. Conocer la relación entre estas variables, es importante para los trabajos preventivos y de rehabilitación en el campo de la Psicología de la Salud.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, estrés, afrontamiento, optimismo.

## ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the relationship between the level of perceived stress, how to address them and the degree of optimism in people with ischemic cardiac events that suffered an event of acute myocardial ischemia, during his hospital stay and after being receiving adequate medical treatment. It was a non-experimental and correlational study. The following instruments were used: Perceived Stress Scale (PSS), as adapted to Mexico, Stress Coping Questionnaire (CAE), LOT-R (Life Orientation Test), Spanish version. We evaluated 30 people, 3 women and 27 men, between 33 and 74 years (mean 59.6), all of them from a high social and cultural level. Descriptive and correlational analysis was performed using the Spearman correlation test. The results showed a significant negative correlation of stress with optimism ( $r_s = -.529$ ); coping strategies that are significantly related to stress are positive reappraisal, negatively correlated with stress ( $r_s = -.423$ ,  $p < 0.05$ ), and one of the most widely used, and open emotional expression that correlated positively ( $r_s = .430$ ,  $p < 0.05$ ) and was not so used. There was no significant correlation between the full scale of optimism and strategies of coping. Analyzing only the items of optimism, positively and significantly correlated with focus on solving the problem ( $r_s = .382$ ,  $p < 0.05$ ) and positive reappraisal ( $r_s = .401$ ,  $p < 0.05$ ), most used ways of coping. The optimism had a negative correlation with negative autofocalización ( $r_s = -.423$ ,  $p < 0.05$ ), one of the least used by the subjects. Knowing the relationship between these variables, it is important for preventive and rehabilitative work in the field of Health Psychology.

Key words: ischemic cardiopathy, stress, coping, optimism.

# INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I	
INTRODUCCION.....	11
Definición del Problema .....	16
Justificación de la Investigación.....	16
Objetivos .....	18
Objetivo General .....	19
Objetivos Específicos.....	19
Preguntas de Investigación.....	19
Hipótesis .....	20
Limitaciones y Delimitaciones .....	20
CAPITULO II	
MARCO TEORICO.....	22
CARDIOPATIA ISQUEMICA.....	22
Definición.....	22
Descripción de la Enfermedad .....	23
Etiopatogenia .....	23
Factores de Riesgo .....	24
CARDIOPATIA ISQUEMICA Y ESTRÉS .....	26
Estrés como Factor de Riesgo .....	26
Definición de Estrés.....	27
Fisiopatología del Estrés .....	29
Psicopatología del Estrés .....	32
Afrontamiento .....	43
Estrategias de afrontamiento .....	45
Estilos de afrontamiento .....	45



Recursos de afrontamiento .....	46
Optimismo .....	52
CAPITULO III	
METODO .....	55
PARTICIPANTES .....	55
INSTRUMENTOS .....	56
PROCEDIMIENTO.....	58
<i>Diseño utilizado:</i> .....	58
<i>Análisis de Datos:</i> .....	59
CAPITULO IV	
RESULTADOS .....	60
Descripción de la muestra.....	60
Niveles de estrés .....	61
Tipos de afrontamiento .....	62
Nivel de optimismo.....	64
Relación entre estrés, optimismo y tipos de afrontamiento.....	65
CAPITULO V	
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	67
Conclusión .....	72
Recomendaciones para futuros estudios .....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
ANEXO 1 .....	87
ANEXO 2 .....	88

## Índice de Tablas y Figuras

### Tablas

Tabla 1.- Enfermedades Crónicas de los Participantes .....	61
Tabla 2: Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad para estrés percibido	62
Tabla 3: Estadística descriptivos y prueba de normalidad para afrontamiento .....	64
Tabla 4: Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad para Optimismo .....	64
Tabla 5: Correlaciones .....	66

### Figuras

Figura 1: Diagrama del síndrome general de adaptación según Selye.....	29
Figura 2: Fisiopatología del estrés y su relación con la cardiopatía isquémica .....	30
Figura 3.- Psicopatología del estrés y su relación con la cardiopatía isquémica. Basado en: Boskis (2000). .....	33
Figura 4.- Estrés percibido de los 30 participantes .....	62
Figura 5.- Formas de Afrontamiento .....	63
Figura 3.- Optimismo LOT-R.....	65

# **CAPITULO I**

## ***INTRODUCCION***

Los pacientes que sufren de enfermedad cardiaca isquémica están sometidos a un gran sufrimiento físico, ya sea por la propia enfermedad o por los procedimientos a los que son sometidos para su estudio o tratamiento. Esto conlleva una enorme dosis de sufrimiento no sólo físico, pues las dolencias propias de su padecimiento provocan diferentes reacciones emocionales en cada uno de ellos (De Llano, Sosa y Lozano, 1995), las cuales merecen una atención especial, particularmente en aquellos pacientes en quienes su enfermedad otorga en su etiología una gran importancia a las características de su personalidad (Calvo, Fernández, Guerrero, González, Rutbal y Hernández, 2004).

La cardiopatía isquémica es la representación del sufrimiento de las células musculares cardiacas por la falta de oxígeno, indispensable para mantener su actividad metabólica y su función (Horror, Hensley y Merin, 1990). Esto puede reconocer diversos orígenes pero básicamente es debida a la falta de transporte del oxígeno por la sangre, cuya afluencia a todas y cada una de las células miocárdicas depende de la normalidad en la estructura y funcionalidad de los vasos arteriales coronarios, lo que garantiza la circulación fluida de la misma (Théroux, 2004).

Cualquier factor que afecte la circulación a través de los vasos coronarios afectará asimismo la correcta perfusión y el adecuado aporte de oxígeno al tejido cardiaco, el cual depende de un perfecto equilibrio entre el aporte y la

demanda del mismo para preservar la función y la vida (Thérroux, 2004; Velasco y Julián, 2001).

Según las cifras publicadas por la OMS en el año 2004, en 1990 la cardiopatía isquémica ocupaba el quinto lugar entre las diez principales causas de muerte (murieron 6.3 millones de personas por esta causa), y en 2002 se reportaron casi 14.3 millones de muertes y si la tendencia persiste, en el año 2020 será la primer causa de muerte en los países industrializados, prevaleciendo claramente entre los grupos de mayor edad y las mujeres, constituyendo así mismo una emergencia explosiva en los países en desarrollo (Murray y López, 1997).

En Estados Unidos se presenta la cardiopatía isquémica en 13.2 millones de personas, de las cuales 7.8 millones ya han sufrido un infarto miocárdico (Morrow, Gersh y Braunwald, 2005). Su prevalencia aumenta con la edad: 3.5:1000 entre los 15 y 44 años, 48.4:1000 de 45 a 65 años y 80.2:1000 después de los 65 años. En los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo, los eventos cardíacos perioperatorios que causan la muerte son el infarto de miocardio, angina inestable, insuficiencia cardíaca y trastornos del ritmo cardíaco (Cain y Wollman, 1998). La cardiopatía isquémica es la causa más común de muerte en las personas mayores de 65 años, y el 80% de las muertes por cardiopatía isquémica ocurre en personas de esa edad (Beers, 2002). En términos generales la principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares, correspondiendo el 50% de estas muertes a la cardiopatía isquémica.

En México, la Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática reporta en 1995 que la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en el país fue del orden de 41.9 por cada 100,000 habitantes.

En el norte del país, la mortalidad por cardiopatía isquémica está por encima de 40:100,000 habitantes, mientras que en el centro es de 26 a 40:100,000 y en el sur de la República, de menos de 25:100,000. La tendencia es a un aumento de la mortalidad general en todas las regiones del país (Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática, 1995).

Se considera que la cardiopatía isquémica se desencadena al actuar ciertos factores de riesgo sobre los vasos sanguíneos coronarios. Los factores de riesgo mencionados en el estudio Framingham (1977), citado por Opie, Commerford y Gersh (2006) son edad, sexo, hipertensión arterial, hiperlipidemia, tabaquismo, diabetes y crecimiento cardíaco.

Una relación más extensa de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica contempla otros factores tales como la herencia, obesidad, factores culturales, factores hormonales, vida sedentaria, factores sociales y estrés (De Llano, Sosa y Lozano, 1995). Se consideran factores de riesgo las condiciones que preceden a la cardiopatía isquémica, mantienen con ella una significativa correlación estadística, poseen una capacidad de predicción y de acuerdo con las observaciones realizadas, se conocen los mecanismos etiopatogénicos (Ruesga y Waisser, 2005).

Para algunos autores la cardiopatía isquémica es una enfermedad psicosocial por excelencia en la cual la tensión psicológica potencializa los factores de riesgo convencionales ya que las alteraciones psicológicas producen una exagerada actividad adrenérgica y una hiperreactividad cardiovascular (Lozano, O'Neill of Tyrone, Carcedo, 1994). Los factores psicológicos de la enfermedad coronaria se investigan exhaustivamente desde hace más de 50 años en Estados Unidos y Europa y algunos autores, como Zohman y Kattus (citados por Lozano y cols., 1994) piensan que "la rehabilitación fisiológica después de un infarto de miocardio no puede llevarse a cabo sin la rehabilitación psicosocial".

Es muy importante establecer las etapas susceptibles de estudio en la enfermedad isquémica del corazón, es decir separar los eventos y las necesidades de los enfermos según se trate de la etapa previa al conocimiento de la enfermedad, la etapa de un evento agudo o aquella posterior al mismo (Lozano y cols., 1994).

Los factores psicológicos coadyuvantes de la enfermedad coronaria y sobre los que se han hecho múltiples investigaciones son el patrón de conducta tipo A (PCA) y el estrés. Asimismo, los factores psicológicos a tomar en cuenta en el paciente que ya se conoce enfermo de Cardiopatía Isquémica pueden estar derivados del sentimiento de estar enfermo y son la ansiedad y la depresión (De Llano y cols., 1994).

Los factores de riesgo psicosocial que coadyuvan a la presentación de la Cardiopatía Isquémica, como son el Patrón de Conducta tipo A y el estrés, pueden convertirse en factores importantes después de un evento coronario agudo, pues se convertirán ahora en un factor de riesgo agregado para que se presente un nuevo episodio de isquemia cardiaca (Pasternak, 2005).

La depresión está incluida como uno de los problemas más serios de la Cardiopatía Isquémica, siendo reportada en un 44% de los pacientes, los cuales presentan característicamente una visión pesimista de sí mismos, del entorno y del futuro (Triada Cognitiva de Beck); (De Llano y cols., 1994).

Es importante determinar el grado de desequilibrio emocional que provoca en los enfermos un evento agudo de isquemia cardiaca, pues es indudable que desde el punto de vista médico clínico son atendidos con todos los recursos disponibles, más la atención de las consecuencias emocionales merece que éstas sean conocidas y claramente definidas (Pasternak, 2005).

El RENASICA II (Registro Mexicano de Síndromes Coronarios Agudos), el más grande registro en Latinoamérica y en el cual están incluidos varios hospitales de la ciudad de Monterrey, provee información importante sobre el espectro clínico y la evolución hospitalaria; además identifica áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención médica de los pacientes con cardiopatía isquémica. Muestra cómo las técnicas de reperfusión miocárdica y el tratamiento antitrombótico modifican la evolución en la práctica real en México, mostrando además cuáles procesos necesitan mejorar (García y cols. 2005).

Esto lo afirman los autores refiriéndose exclusivamente a la atención médica, mas no a la atención psicológica de los pacientes que sufren de éste problema. Las campañas de salud luchan contra el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, pero los mecanismos de afrontamiento al estrés y otros estados emocionales son poco tratados y divulgados en estas campañas, aun cuando su repercusión en la aparición y reforzamiento de las enfermedades cardiovasculares es abordada por la literatura médica y psicológica. No se concibe abordar la problemática salud-enfermedad dejando de lado los factores psicológicos (Rodríguez, González y Falcón, 2005).

Las variables relacionadas con el estrés psicosocial contribuyen a la morbilidad y mortalidad de la cardiopatía isquémica a través de ciertas interacciones en una cadena de eventos fisiopatológicos. Hay pruebas de que las intervenciones para manejar el estrés psicosocial pueden reducir el riesgo de la cardiopatía isquémica actuando en diversos sitios de esa cadena, y que la magnitud de la reducción es comparable con la de otras terapias, como la disminución de los lípidos, los medicamentos antiplaquetarios, los bloqueadores beta y los procedimientos de revascularización. Todos los esfuerzos para comprender las asociaciones conductuales y fisiológicas entre el estrés psicosocial y la cardiopatía isquémica parecen ser de gran beneficio y nos podrán conducir a un uso clínico más amplio de nuevas terapias para disminuir las muertes causadas

por esta enfermedad (Bailey, Dwyer, Nordstrom, Walton, Salerno y Schneider, 2002).

### **Definición del Problema**

Los pacientes con Cardiopatía Isquémica sufren de estrés como uno de los factores de riesgo que propician la aparición de la enfermedad. Después de un evento agudo manifestado como un episodio de angina de pecho, un infarto, una crisis de arritmia grave o de insuficiencia cardíaca de origen isquémico, los pacientes generan un mayor estrés provocado por el mismo evento. Es por lo anterior que se plantea la pregunta: *¿Cuál es la percepción que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica de su nivel de estrés, que estrategias de afrontamiento utilizan y que grado de optimismo disposicional tienen?*

### **Justificación de la Investigación**

En el Estado de Nuevo León la mortalidad por Cardiopatía Isquémica fue de 103.07 por cada 100.000 habitantes, 127.44 hombres y 78.70 mujeres (tasa estandarizada con base en el promedio de población por grupo de edad), según las cifras del año 2002 del Instituto Estatal de las Mujeres (Instituto Estatal de las Mujeres en Nuevo León, 2002). En el año 2006, la mortalidad en la población del estado fue de 18,655 defunciones, de las cuales correspondieron 5,165 a las enfermedades cardiovasculares (27.68%) y específicamente, la Cardiopatía Isquémica fue la causa de 2,821 defunciones, 15.12% del total y 54.61% de las enfermedades cardiovasculares (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2006).

Estas cifras convierten a la Cardiopatía Isquémica en la principal causa de muerte en nuestra región, al igual que en la mayoría de los estados del norte de México (Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática, 1995). En 2001, se refiere una tasa de mortalidad por Cardiopatía



Isquémica a nivel nacional de 44.55 por cada 100 mil habitantes, y en Nuevo León, de 64.41. En 2005, estas cifras son 48.84 a nivel nacional y 66.21 en Nuevo León (Villarreal H., 2007). Esto nos hace reconocer la importancia de una adecuada atención a la población que sufre de esta enfermedad, tanto desde el punto de vista de su salud física como psicológica.

En los enfermos que sufrieron un evento coronario y fueron sometidos a una evaluación psicológica y a un programa de rehabilitación cardiaca integral, fue evidente la eficacia en mejorar su calidad de vida y la sensación de bienestar, al compararlos con aquellos pacientes que no fueron incluidos en el programa (Vázquez y Riera, 2004).

Los factores de riesgo psicosocial tienen un profundo efecto negativo en la calidad de vida e influyen en la evolución del enfermo de cardiopatía isquémica adversamente en varias formas: hospitalización recurrente, mayor incidencia de eventos isquémicos agudos y una mayor mortalidad; las probables causas incluyen una sobreactivación del sistema nervioso simpático, disminución de la actividad del parasimpático, alteraciones de la coagulación y de la fibrinólisis, además de un menor apego a los programas de tratamiento (Januzzi, Stern, Pasternak y DeSanctis, 2000)..

La respuesta psicológica inmediata del individuo ante un infarto de miocardio es intentar minimizar el daño sufrido, así como subestimar el miedo que resulta del evento. Las personas pueden responder de diferente manera, dependiendo de factores tales como la personalidad, la familia y las alteraciones físicas o laborales (Lipowski, 1975, citado por Velasco, 2001).

Sin embargo, tomando en cuenta que la focalización exclusiva en los aspectos negativos del ser humano ha dominado la psicología y que esto ha llevado a asumir un modelo que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), se considera de interés

incluir el constructo optimismo en el presente estudio, variable que es considerada por Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño (2006) como un índice de buen pronóstico o recuperación en pacientes coronarios y con cáncer.

El optimismo es un rasgo disposicional que parece mediar entre eventos externos y su interpretación (Cuadra y Florenzano, 2003), que involucra componentes cognitivos, emocionales y motivadores (Peterson, 2000). Los optimistas son personas que tienden a mantener expectativas positivas sobre el futuro, los pesimistas mantienen expectativas negativas (Scheier, Carver y Bridges, 1994).

### **Objetivos**

La Cardiopatía Isquémica es la causa de muerte más frecuente en nuestro medio y el estrés está presente en la relación de factores de riesgo para la misma. La presencia de la enfermedad genera en los pacientes una carga adicional de estrés (“cardiogénico”).

Consideramos pertinente y oportuno, conocer el grado de estrés percibido por los pacientes que han sufrido un evento isquémico coronario, ya que la atención que está generalmente limitada al manejo y control médico, ha de contemplar los factores psicosociales, presentes desde antes de manifestarse la enfermedad y seguramente coadyuvantes de la misma, que además habrán de verse agravados en su magnitud con el estrés propio de la enfermedad manifestada en forma aguda (Mussi, 2006).

El conocimiento del grado de estrés que les provoca su enfermedad, la percepción que tienen del mismo, cómo lo afrontan, cuál es su actitud ante la propia enfermedad y sus consecuencias, cómo perciben su futuro y su relación con el medio familiar, social y labora, podrá brindarnos la oportunidad de ofrecer a estos pacientes una atención integral.

## **Objetivo General**

El objetivo de éste trabajo es evaluar el nivel de estrés percibido y la manera de afrontarlo, revisando además el grado de optimismo presente, en personas con Cardiopatía Isquémica, después de haber sufrido un evento agudo.

## **Objetivos Específicos**

1. Evaluar los niveles de estrés percibido en pacientes con Cardiopatía Isquémica en el período de recuperación inmediato después de un evento agudo de isquemia.
2. Determinar el tipo de afrontamiento predominante en los pacientes con Cardiopatía Isquémica en el período de recuperación inmediato después de un evento agudo de isquemia.
3. Evaluar el nivel de optimismo en los pacientes con Cardiopatía Isquémica en el período de recuperación inmediato después de un evento agudo de isquemia.
4. Evaluar la relación entre estrés, optimismo y los diferentes tipos de afrontamiento.

## **Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuál es el nivel de estrés percibido en pacientes con cardiopatía isquémica en el periodo de recuperación inmediato después de un evento agudo de isquemia?
2. ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento utilizados por éstos pacientes, y cuál prevalece?
3. ¿Cuál es el nivel de optimismo presente en estos pacientes?

## **Hipótesis**

Con base en los estudios revisados se plantean las siguientes hipótesis, correspondientes al cuarto objetivo específico (no se plantean hipótesis para los objetivos descriptivos):

1. El estrés y el optimismo se relacionan negativamente.
2. El estrés se relaciona negativamente con las siguientes formas de afrontamiento: solución del problema y reevaluación positiva
3. El estrés se relaciona positivamente con las siguientes formas de afrontamiento: autofocalización negativa, expresión emocional y evitación.

## **Limitaciones y Delimitaciones**

A partir de éste estudio será posible definir un perfil psicológico de la población de pacientes que sufren de Cardiopatía Isquémica, en el medio hospitalario privado de la Cd. de Monterrey, específicamente en el Hospital San José, en lo que respecta a los niveles de estrés que ellos mismos reconocen y sus estrategias de afrontamiento. Esto permitirá en un futuro establecer una metodología de atención integral a este grupo de pacientes con la finalidad de colaborar en la disminución de su morbilidad y mortalidad.

El estudio tiene como limitación el no estar en la posibilidad de generalizar los resultados, ya que no es una muestra representativa y se limita a pacientes de un solo Hospital. Sin embargo, es de relevancia realizarlo como un acercamiento al problema de estudio en la localidad.

El estudio se delimita a la ciudad de Monterrey, Nuevo León, específicamente a pacientes del Hospital San José Tec de Monterrey. Asimismo, los pacientes

estudiados fueron aquellos atendidos por un grupo de médicos cardiólogos que previamente aceptaron participar en el estudio.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **CARDIOPATIA ISQUEMICA**

La primera descripción disponible de “angor pectoris” en la historia fue dada en el siglo XVII por Edgard Hyde (1609-1674), que no siendo médico describió en su biografía, “La vida de Edward”, el cuadro clínico de dolor torácico que padecía su padre y que finalmente lo llevó a su muerte. Aunque la palabra “angina” no fue citada, la descripción corresponde al cuadro clínico de angina de pecho (Madrid y Autrey, 2005). La primera ocasión en que se describió el cuadro clínico con el nombre de angor pectoris fué en el siglo XVIII, por el médico Dr. William Heberden (Borrayo, Antezana y de la Llata, 2005; Madrid y Autrey, 2005)). Actualmente la descripción del cuadro clínico incluye dolor torácico, en ocasiones irradiado a uno u otro brazo y con duración de 1 a 15 minutos, sensación de opresión aguda en el pecho, dificultad para respirar, ansiedad, sudoración profusa, palidez y sensación de muerte inminente (Martin, Hensley y Luck, 1990).

#### **Definición**

La cardiopatía isquémica es la representación del sufrimiento de las células musculares cardíacas por la falta de oxígeno, indispensable para mantener su actividad metabólica y su función (Horror, Hensley y Merin, 1990). Esto puede reconocer diversos orígenes pero básicamente es debida a la falta de

transporte del oxígeno por la sangre, cuya afluencia a todas y cada una de las células miocárdicas depende de la normalidad en la estructura y funcionalidad de los vasos arteriales coronarios, lo que garantiza la circulación fluida de la misma (Théroux, 2004).

Cualquier factor que afecte la circulación a través de los vasos coronarios afectará asimismo la correcta perfusión y el adecuado aporte de oxígeno al tejido cardíaco, el cual depende de un perfecto equilibrio entre el aporte y la demanda del mismo para preservar la función y la vida (Théroux, 2004; Velasco y Julián, 2001.).

### **Descripción de la Enfermedad**

La Cardiopatía Isquémica tiene diferentes tipos de presentación clínica, como la angina inestable y el infarto agudo de miocardio, que pueden desencadenar una crisis de arritmia o de insuficiencia cardíaca (Madrid y Autrey, 2006).

La causa aislada más frecuente de muerte en la cultura occidental es la Cardiopatía Isquémica, que resulta de un riego sanguíneo coronario insuficiente. Algunas muertes ocurren bruscamente a consecuencia de una oclusión coronaria aguda o de un trastorno letal del ritmo cardíaco. Otras vienen más lentamente en semanas o años, por debilidad progresiva de la capacidad de bombeo del corazón (Guyton y Hall, 2005).

### **Etiopatogenia**

La causa más frecuente de disminución del riego sanguíneo al músculo cardíaco es la aterosclerosis (Pavia y Lara, 2005). En algunas personas con predisposición genética a la aterosclerosis o que ingieren cantidades excesivas de grasas, éstas se acumulan gradualmente debajo de la capa más

interna de la pared de los vasos sanguíneos arteriales. Estas zonas de depósito son invadidas por tejido fibroso y con frecuencia se deposita calcio en las mismas. El resultado es el desarrollo de placas de aterosclerosis que sobresalen hacia el interior de los vasos y bloquean parcial o totalmente el flujo sanguíneo (Lilly, 2001).

Una localización muy frecuente de dichas placas son las primeras porciones de las arterias coronarias cardiacas y una secuela común de la aterosclerosis es por tanto, la Cardiopatía Isquémica (Pavia y Lara, 2005).

Inmediatamente después de una oclusión aguda de una arteria coronaria, deja de circular la sangre en la parte distal a la oclusión; la porción del músculo cardíaco que deja de recibir flujo sanguíneo, no puede mantener sus funciones dada la falta de oxígeno que sufren sus células, las cuales finalmente mueren si la ausencia total de flujo persiste por unas cuantas horas, lo que se convierte en un infarto (Borrayo, Antezana y de la Llata, 2005).

Muchas personas que sufren una oclusión coronaria, mueren por fibrilación ventricular, que es particularmente frecuente en aquellos enfermos que sufren un infarto extenso, mas no están libres de sufrir la fibrilación aquellas personas que sufran de una oclusión aguda sin presentar infarto (Guyton y Hall, 2005).

### **Factores de Riesgo**

De acuerdo con Ruesga y Waisser (2005), se entiende por factor de riesgo cardiovascular una característica biológica, una conducta o una enfermedad que cuando está presente, hace que aumenten las posibilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular. Los factores de riesgo cardiovascular pueden ser clasificados, según los mismos autores, en base a su importancia en la génesis de la Cardiopatía Isquémica:



Categoría I.- Factores en los que se ha demostrado que se reduce la incidencia de complicaciones coronarias si se modifican o reciben un tratamiento adecuado:

- Tabaquismo
- Elevación de LDL
- Hipertensión arterial
- Hipertrofia ventricular izquierda
- Factores trombogénicos

Categoría II.- Factores para los que es probable que si se modifican o reciben un tratamiento adecuado, se reduzcan las complicaciones coronarias:

- Diabetes mellitus
- Sedentarismo
- Obesidad
- Disminución de HDL

Categoría III.- Factores que están claramente asociados con un aumento del riesgo de enfermedad coronaria, pero que si fueran modificados, podrían facilitar la disminución de la incidencia de complicaciones coronarias:

- Estrés
- Hipertrigliceridemia
- Hiperhomocisteinemia

Categoría IV.- Factores asociados con un aumento del riesgo coronario, pero que no pueden ser modificados:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes familiares

Afirman Ruesga y Waisser (2005) que la importancia de cada uno de los factores es similar y está básicamente determinada por su presencia.

## **CARDIOPATIA ISQUEMICA Y ESTRÉS**

### **Estrés como Factor de Riesgo**

En la actualidad es ampliamente reconocido el papel importante que juegan los factores psicosociales como detonadores de cardiopatía isquémica, en particular los aspectos de la personalidad y los socioeconómicos (Sandin, 2002). El estrés emocional puede provocar isquemia miocárdica por factores tales como el espasmo de las arterias coronarias y una mayor agregación plaquetaria. Además, algunos factores específicos como hostilidad, depresión, ansiedad y aislamiento social han demostrado tener un valor predictivo innegable en el desarrollo de la cardiopatía isquémica, por mecanismos que involucran una franca interrelación entre las respuestas físicas y psicológicas al estrés (Ruesga y Waisser, 2005).

Según Folkman (1984), el estrés es una relación entre el individuo y el entorno que es evaluada por la persona como relevante para su bienestar y en la cual sus recursos se ven desbordados. El estrés es particularmente poderoso cuando el individuo debe enfrentarse a demandas que no pueden ser fácilmente satisfechas; así, la ansiedad, emoción propia del estrés, tiende a aparecer y a ser intensificada si la persona no confía o confía poco en su capacidad para manejar el mundo con efectividad (Lazarus, 2000).

La profunda relación entre el cuerpo y la mente es reconocida desde Hipócrates, quien mencionaba la importancia de las emociones en la génesis de algunas enfermedades. Esto concuerda con el concepto que estipula que los

estados afectivos tienen una influencia significativa en la etiología de la Cardiopatía Isquémica en particular (Clark. 2003; Lowe y cols., 2000).

Se revisará desde el punto de vista clínico el estrés y su fisiopatología, para determinar los procesos orgánicos que desembocan en la cardiopatía isquémica como tal, después de lo cual se revisarán los planteamientos que desde el punto de vista psicológico muestran la enorme influencia de los factores cognitivos, emocionales y sociales en la génesis del estrés.

### **Definición de Estrés**

Estrés es una palabra que deriva del latín, la cual fue utilizada con mucha frecuencia durante el siglo XVII para representar "adversidad" o "aflicción"; a finales del siglo XVIII su utilización evolucionó para "fuerza", "presión" o "esfuerzo". El concepto del estrés no es nuevo, pero fue sólo a principios del siglo XX cuando las ciencias biológicas y sociales iniciaron la investigación de sus efectos en la salud del cuerpo y de la mente de las personas (Bordon y Durán, 2007).

El término estrés fue introducido por el médico fisiólogo Hans Selye, de la Universidad de Montreal. Originalmente se refirió a las reacciones inespecíficas del organismo ante estímulos tanto psíquicos como físicos, involucrando procesos normales de adaptación (eustrés), así como anormales (distrés); (Rodríguez, González y Falcón, 2005).

Los estudios originales de Selye se hicieron a partir del "síndrome general de adaptación" descrito como la respuesta general del organismo a estímulos "estresantes".

Selye describió tres formas clásicas de la respuesta orgánica:

1. Fase de alarma (primitiva respuesta de preparación para la lucha o la huida).

2. Fase de resistencia.
3. Fase de agotamiento neurovegetativo.

Las respuestas de adaptación demostraron científicamente la participación de los procesos emocionales y psíquicos en la modulación de las respuestas a estímulos tanto internos como externos y a la posibilidad de desbordamiento de las capacidades de adaptación individuales (Folkman, 1984). Esto llevó al concepto de medicina psicosomática que involucra los procesos mentales y emotivos en la génesis de procesos patológicos orgánicos (Lipowsky, 1988).

El estrés es entonces, la respuesta del organismo a una demanda real o imaginaria, o simplificando aún más es todo aquello que nos obliga a un cambio (Pereyra, 2006).

Las situaciones estresantes llamadas estresores que pueden causar el cambio o adaptación son de un espectro enorme. Desde el enojo transitorio a sentirse amenazado de muerte. Desde la frustración o la angustia al temor que nunca cede. A veces la causa difiere enormemente. Un divorcio es normalmente muy estresante pero una boda también puede serlo. El fallecimiento de un familiar produce estrés pero también un nacimiento.

Tanto el estrés positivo (eustrés), como el negativo (distrés), comparten las mismas reacciones pero en el caso del negativo estas respuestas quedan detenidas en la posición de funcionar permanentemente (Rosch, 2005).

El estrés y la emoción expresan un tipo particular de relación entre la persona y el medio. Ante cualquier suceso que impida o ponga en peligro la consecución de una meta importante, o que anule expectativas altamente valoradas, el sujeto sufrirá de estrés (Lazarus, 2000).

## Fisiopatología del Estrés

En la figura 1, se muestra como los factores que colocan al individuo en la situación de estrés (estresores sociales, recientes, crónicos o la combinación de estos), provocan una reacción de alarma en el organismo, que se manifiesta primero con una respuesta rápida e intensa, que de persistir el estímulo se convertirá en una respuesta prolongada y persistente. Este mecanismo fisiológico, necesario para la supervivencia, en caso de resultar excesivo por intensidad, duración o ambas, produce enfermedad (Boskis, 2000).

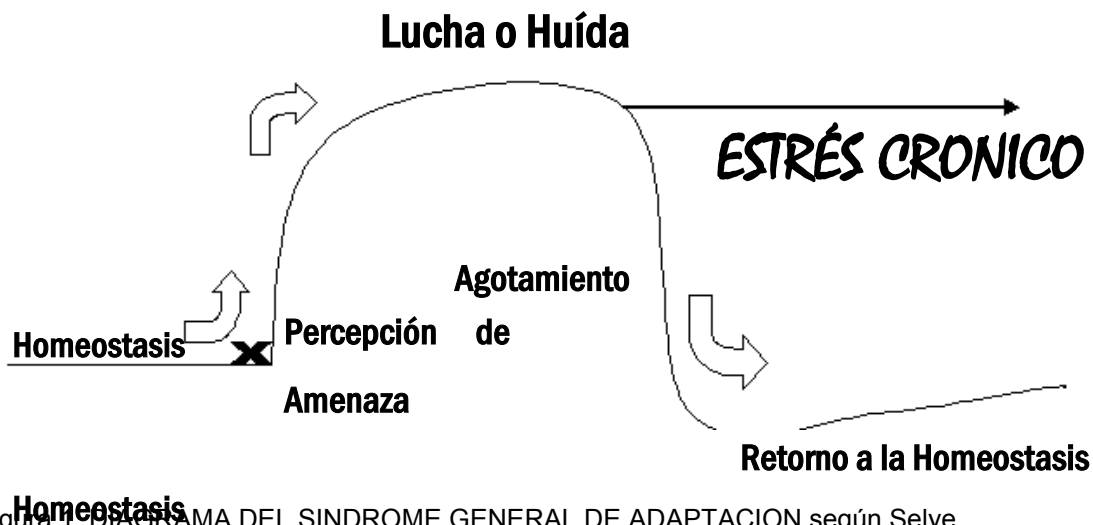


Figura 1. DIAGRAMA DEL SINDROME GENERAL DE ADAPTACION según Selye

La reacción primaria de alarma provoca una activación del eje hipotálamo hipofisiario, que lleva a la producción de ACTH (hormona adrenocorticotrófica), que a su vez estimula la corteza de las glándulas suprarrenales para que se produzca cortisol, el cual inicia una serie de efectos metabólicos destinados a aliviar la naturaleza lesiva del estado de estrés (Guyton y Hall, 2006), proporcionando al organismo los sustratos necesarios para hacer frente a la “lucha” contra la agresión (real o virtual); (Pereyra, 2006; Guyton y Hall, 2006; Boskis, 2000) (Ver figura 2).

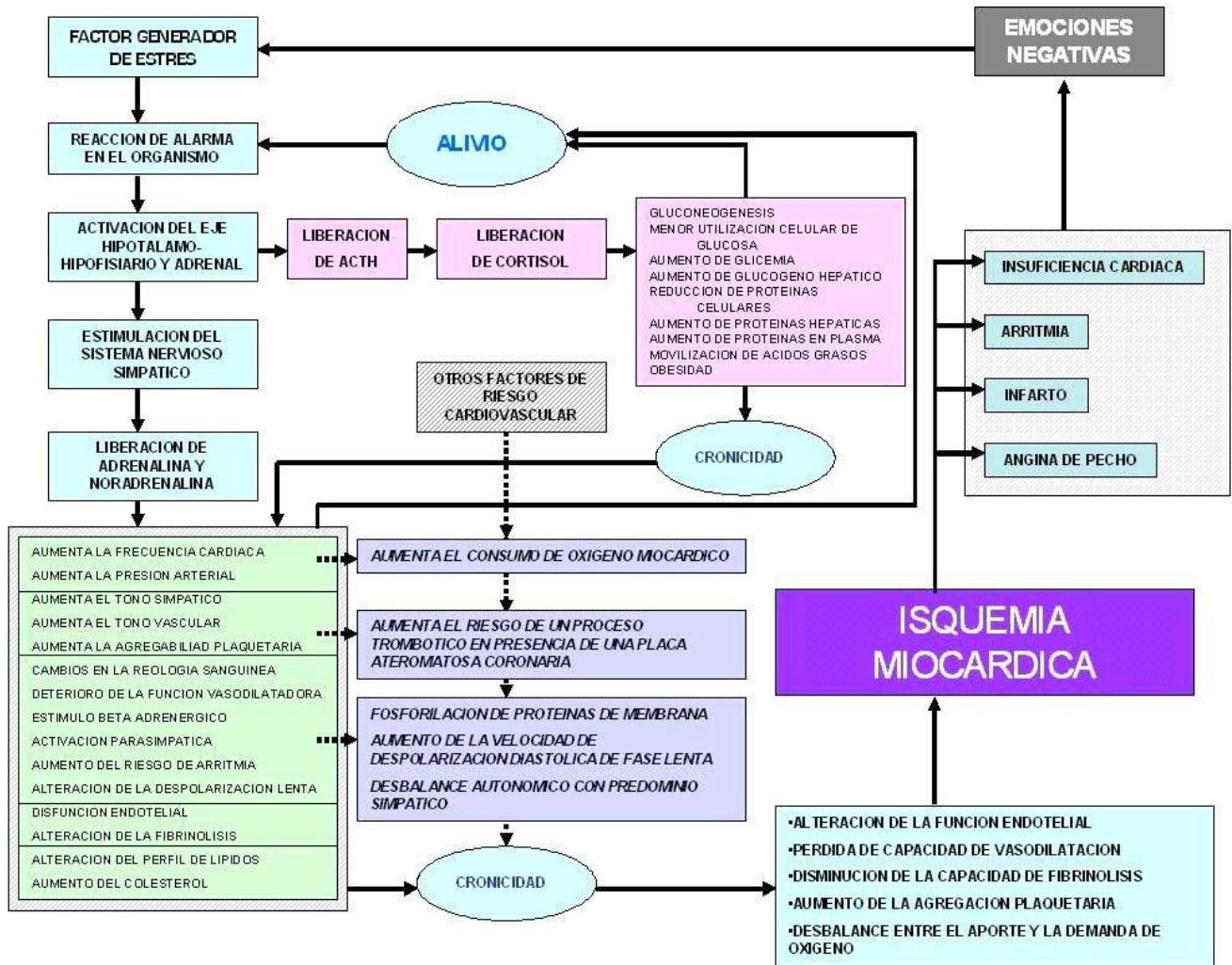


Figura 2: FISIOPATOLOGIA DEL ESTRÉS Y SU RELACION CON LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

Estos fenómenos metabólicos desencadenados por el cortisol incluyen gluconeogénesis, menor utilización de glucosa, aumento de la glicemia, aumento del glucógeno hepático, reducción de las proteínas celulares, aumento de las proteínas hepáticas, aumento de las proteínas plasmáticas y movilización de ácidos grasos (Guyton y Hall, 2006).

También es estimulado el sistema nervioso simpático durante la reacción primaria de alarma, que a su vez produce la estimulación de la médula adrenal, que lleva a la liberación de catecolaminas, es decir, noradrenalina

(principalmente) y adrenalina, las cuales tienen un profundo efecto en diversos órganos de la economía (Ganong, 2006).

Sobre el sistema cardiovascular en particular, las catecolaminas producen un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, lo que aumenta el consumo de oxígeno por el músculo cardíaco; al aumentar el tono simpático, aumenta el tono vascular; aumenta asimismo la agregabilidad plaquetaria, se dan cambios en la viscosidad sanguínea, el endotelio sufre cierta disfunción, se altera la fibrinólisis, todo lo cual aumenta el riesgo de un proceso trombótico en presencia de una placa de ateroma en una arteria coronaria. Se deteriora la capacidad de vasodilatación, se obtiene estímulo de los receptores beta adrenérgicos y se produce un desbalance en el sistema nervioso autónomo; éstos cambios aumentan el riesgo de arritmia cardíaca (Boskis, 2000).

Por otra parte, aumentan los lípidos de baja densidad (LDL) y disminuyen los de alta densidad (HDL), creando un terreno fértil para la progresión de la enfermedad ateromatosa (Ruesga y Waisser, 2005).

Si la situación que ha generado el estrés se resuelve adecuadamente, el organismo regresa a su situación de reposo y tranquilidad, sin mayores consecuencias, lo que siempre es deseable pero difícil de obtener, pues en la sociedad actual son muchas las fuentes de los factores generadores de estrés (Pedrero y Pichardo, 2004).

Las alteraciones mencionadas, sobre todo en presencia de otros factores de riesgo ya señalados (diabetes, hipertensión, tabaquismo, obesidad, etc.), pueden llevar a la persona a sufrir de isquemia miocárdica, lo que la hace susceptible de sufrir un evento dramáticamente agudo, que pondrá su vida en peligro: angina inestable, infarto, arritmia o insuficiencia cardíaca (Mussi, 2006).

La reacción provocada por la propia isquemia miocárdica, origina una reacción física y psicológica en la persona, es decir, la lleva a un estado de desequilibrio físico y emocional que si no se resuelve adecuadamente, será un nuevo factor generador de estrés que la expondrá a un deterioro progresivo, con nuevos eventos coronarios y un riesgo “in crescendo” para su vida (Boskis, 2000).

### **Psicopatología del Estrés**

Se ha demostrado la influencia que los estados emocionales tienen en el desarrollo de la Cardiopatía Isquémica (Figura 3), pues las personas con una mayor capacidad de manejar en forma efectiva sus reacciones emocionales negativas pueden tener una expectativa de recuperación y mayor bienestar por tiempo más prolongado (Sandin, 2002; Pedrero y Pichardo, 2004). Esto significa que a igualdad de circunstancias, las personas pueden tener diferentes reacciones emocionales en cuanto a tipo e intensidad (Lowe y cols., 2000).

En el caso de la Cardiopatía Isquémica, el estrés es un factor presente en dos situaciones:

- 1.- El estrés de cualquier origen (estrés cotidiano) como factor de riesgo y causa de la cardiopatía isquémica.
- 2.- El estrés que vive el paciente enfermo de cardiopatía isquémica (estrés cardiogénico) ya conociendo su enfermedad y en dos situaciones de tiempo: una, inmediatamente después de un evento agudo de isquemia cardiaca, y otra ya recuperado de un evento o sin haberlo vivido pero ya con pleno conocimiento de su enfermedad (Sandin, 2002).



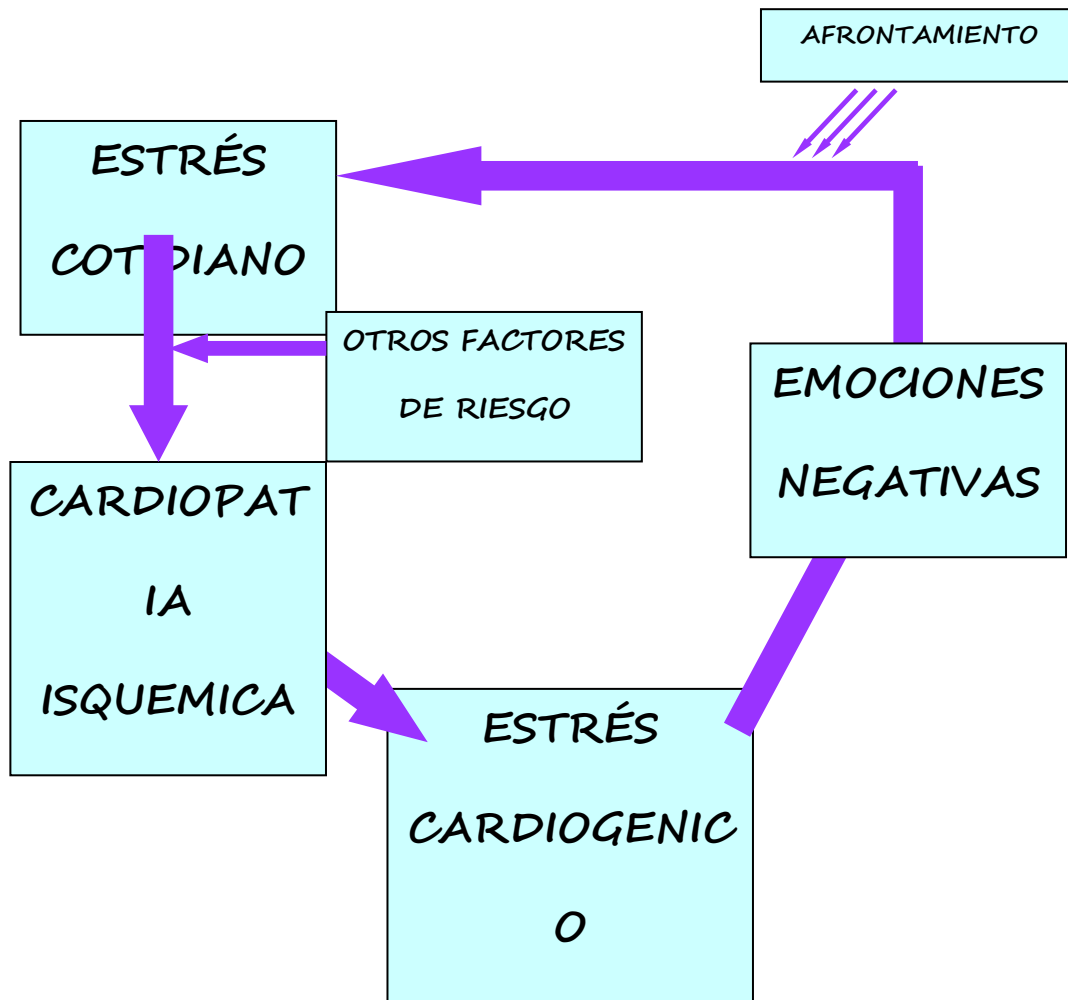


Figura 3.- PSICOPATOLOGIA DEL ESTRÉS Y SU RELACION CON LA CARDIOPATIA ISQUEMICA. Basado en: Boskis (2000).

Según éste autor, los conceptos actuales de estrés enfocados en la relevancia de los factores sociales, se engloban en tres formas principales de estresores sociales:

1. Sucesos vitales, que son los cambios agudos que requieren reajustes drásticos durante un corto período de tiempo. Ejemplo: estrés “reciente”.
2. Estrés “de rol”, que son las demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongado. Ejemplo: estrés crónico.

3. Contrariedades cotidianas, pequeños eventos que requieren pequeños reajustes diarios. Ejemplo: sucesos menores o estrés diario.

Sandin, citado por González y Landero (2006), indica que el estrés es un proceso que incluye diversos componentes relevantes, tales como la evaluación cognitiva (de amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, los factores moduladores personales y sociales. Esto lo plasma gráficamente en su “modelo procesual del estrés”, donde describe la evolución de una persona a través del tiempo, desde que enfrenta las demandas psicosociales hasta llegar a cierto estado de salud física y psicológica, de acuerdo a la manera en que haya realizado su evaluación cognitiva, el estrés que ésta le haya provocado y la manera en que haya respondido al estrés.

De acuerdo con el modelo explicativo del estrés de González y Landero (2006), los estresores hacen que el individuo entre en conocimiento de la amenaza que representan, es decir, hace una evaluación de la situación, de los recursos propios y del apoyo ambiental (evaluación cognitiva). Si la magnitud de los estresores rebasa su capacidad de respuesta, aparece el estrés (percibido) que genera en él respuestas emocionales diversas y una respuesta de conducta para hacer frente a esas emociones (afrontamiento).

En el presente estudio, consideramos al estrés como el resultado de una transacción, influida tanto por el individuo como por el entorno. El estrés no pertenece a la persona o el entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta, el estrés es una relación dinámica particular entre la persona y el entorno al interactuar ambos. Esta definición corresponde a la teoría transaccional del estrés de Folkman(1985). Según Lazarus (2000) los individuos no son víctimas del estrés, sino que la interpretación primaria de los individuos acerca de los sucesos estresantes, y sus recursos y opciones de afrontamiento,

determinan la naturaleza del estrés. El modelo transaccional hace hincapié en el contexto interpersonal cognitivo del estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

Lazarus indica que las relaciones entre la persona y el medio ambiente son fuente de estrés, cuando se rompe el equilibrio entre las demandas ambientales y los recursos psicológicos de la persona para manejarlas. Si la carga ambiental excede a los recursos de la persona, se produce una relación estresante. En el estrés psicológico la confrontación entre las ambientales (que pueden dañar, amenazar o retar) y los recursos de la persona para manejarlas, le causará estrés dependiente de la vulnerabilidad de la persona. Si los recursos de la persona son mayores o equivalentes, o exceden a las demandas, enfrentará una situación carente de estrés. Si la magnitud de las demandas es superior a la de los recursos, la persona se siente indefensa para manejarlas y esto puede provocarle sentimientos de pánico, desesperanza y depresión.

En el estrés fisiológico, el cuerpo inicia procesos automáticos dirigidos a mantener o restaurar la homeostasis (Guyton y Hall, 2006).

En el estrés psicológico, la reacción se relaciona con la importancia o significado que la persona otorga a lo que está sucediendo, y lucha activamente para manejar el estrés (Folkman, 1985).

Un concepto por demás interesante es la relación que puede guardar el estrés psicosocial y la evolución de la aterosclerosis coronaria. Se llevó a cabo un estudio conjunto entre el Instituto Karolinska en Estocolmo, Suecia y la Universidad de Texas, en Houston, E. U. (Wang y cols. 2007) en el cual se observó que el estrés de la vida familiar y laboral aceleró el proceso de la enfermedad coronaria en un grupo de mujeres entre 30 y 65 años, que ingresaron al hospital con diagnósticos de infarto agudo de miocardio o angina inestable. Se les examinó entre 3 y 6 meses después de su hospitalización, obteniéndose un detallado informe sobre sus antecedentes médicos, su estilo

de vida y sus características socio-demográficas, además de una serie de exámenes de laboratorio y de haberseles enviado previamente una serie de cuestionarios para revisar su perfil psicosocial. Se les practicó un estudio de angiografía coronaria al completar tres años de su evento isquémico, lo que mostró los siguientes resultados:

El diámetro luminal de las arterias coronarias disminuyó notablemente en aquellas mujeres en quienes se apreció un alto nivel de estrés marital. El mismo patrón de patología se apreció en las mujeres que presentaban un patrón indudable de estrés laboral, mostrándose estadísticamente en ambas circunstancias un efecto significativo entre el grado de estrés y el efecto físico. Por otra parte, la ausencia de estrés por cualquiera de las dos circunstancias pareció tener un efecto protector, ya que se apreció una regresión de la enfermedad al aumentar el diámetro de la luz de las arterias coronarias.

Estos datos parecen sugerir que la progresión de la enfermedad coronaria debe obedecer a la presencia de un mecanismo fisiopatológico altamente relacionado con el grado de estrés matrimonial y/o laboral.

Existe abundante evidencia científica sobre los efectos negativos del estrés crónico, hasta el punto de que este tipo de estrés sea posiblemente la forma de estrés psicosocial más perniciosa.

La diferencia central entre el estrés crónico y el estrés de sucesos vitales es el fenómeno de continuidad, ya que el estrés crónico está abierto en el tiempo, no tiene tiempo final claro (Sandin, 2002).

En otro estudio (Denollet y cols., 2006) encontraron que en un grupo de 875 pacientes con enfermedad coronaria y sometidos a una angioplastia coronaria percutánea, en quienes se utilizaron “stents” liberadores de medicamento, una técnica actualmente utilizada para disminuir la posibilidad de re-estenosis de la

arteria dentro del dispositivo, se redujo por supuesto la necesidad de una nueva intervención, mas no se redujo el riesgo de muerte o infarto miocárdico.

Ellos estudiaron el efecto de la inhibición social y encontraron que este podría ser un factor de influencia en el pronóstico de la enfermedad, ya que tiene efectos fisiopatológicos demostrados, además de alterar la capacidad de comunicación entre el paciente y el médico, lo que puede llevar a una subestimación de las necesidades de atención psicológica; además, se dificulta la adherencia al tratamiento indicado y la aceptación de la necesidad de integrarse a un programa de rehabilitación.

De hecho, se define a la personalidad Tipo D como aquella que presentan las personas con una alta “afectividad negativa” (tendencia a experimentar emociones negativas) e “inhibición social” (inhibición de la autoexpresión en la interacción social), lo que los convierte en un grupo de alto riesgo de muerte o infarto miocárdico (92%) (Sher, 2005).

Los individuos con inhibición social suprimen la exteriorización de sus sentimientos, de su autoexpresión, lo que los lleva a una hiperreactividad cardiovascular al estrés, una recuperación muy lenta del mismo y una variabilidad reducida en la frecuencia cardiaca; perciben el entorno social como una amenaza, provocándose una reacción inmuno-celular aumentada y altos niveles de citokinas pro-inflamatorias al someterse al estrés sostenido (Denollet y cols., 2006).

Todaro y colaboradores concluyeron en 2003 que las emociones negativas están asociadas con un aumento en la incidencia de eventos isquémicos en hombres de otra manera saludables pero en quienes esa relación puede estar mediada por la presencia de otros factores de riesgo, tales como el síndrome metabólico (obesidad visceral, resistencia a la insulina, hiperglicemia,

dislipidemia e hipertensión arterial) y la hiperactividad del sistema nervioso simpático, característica de la reacción de estrés.

La personalidad tipo D (“personalidad de sufrimiento”) ha sido recientemente propuesta como un factor de riesgo en la etiología y patogénesis de la enfermedad cardiovascular isquémica (Sher. 2005). Las dos características reconocidas en ese tipo de personalidad, como son la afectividad negativa y la inhibición social, se han asociado con evidencia fisiológica que forma parte del sustrato de la cardiopatía isquémica, es decir, se ha demostrado una alta reactividad al estrés, que aumenta los niveles de cortisol en sangre, importante factor de riesgo en la enfermedad coronaria (Denollet y cols., 2006).

Se reconoce al individuo con personalidad tipo D como alguien siempre preocupado, melancólico, ansioso y socialmente inepto, con pocos nexos con los demás y con tendencia a sentirse incómodo ante un extraño. Esto desemboca en una tendencia a experimentar emociones negativas, depresión, enojo y hostilidad (Sher. 2005).

Se reconocen como indicadores de riesgo psicosocial establecidos para la cardiopatía isquémica, depresión, ansiedad, cansancio marcado, personalidad tipo D, falta de apoyo social y estrés agudo o crónico, definido éste como la acumulación de eventos estresantes durante varios meses (Kudielka, von Känel, Gander y Fischer, 2004).

Es innegable que los pacientes con cardiopatía isquémica experimentan un considerable desajuste psicológico además del malestar físico, cuando se enfrentan a un evento agudo y están en vías de ser atendidos médicamente para tratarlos, pero aún refiriendo una mejoría clínica después de una angioplastia coronaria, por ejemplo, su calidad de vida, su percepción del estrés y su forma de afrontar la enfermedad de base, no son diferentes (Echteld, van Elderen y van der Kamp, 2003).

El dogma básico del enfoque relacional es que el estrés y la emoción expresan un tipo particular de relación entre la persona y el medio. Para que una relación sea estresante, deben darse ciertas condiciones. La persona debe desear algo del medio, es decir, quiere evitar ciertos resultados indeseables o lograr ciertos resultados que sean la gratificación de las metas o expectativas importantes. Cuando no sucede así, se genera el estrés. Una persona se halla estresada solo si lo que sucede impide o pone en peligro la consecución de una meta importante y las intenciones situacionales, o si no se cumplen sus expectativas altamente valoradas (Lazarus, 2000).

El estrés nos dice poco sobre los detalles de la lucha de la persona por adaptarse. La emoción por contraste, incluye 15 variedades diferentes, ampliando la riqueza de lo que puede decirse sobre los esfuerzos de adaptación de la persona. Las emociones que plantea Lazarus (2000) son: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión. Cada una dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona. Cada emoción tiene un escenario o historia diferente en su relación con el entorno. El estrés es interdependiente con las emociones; si hay estrés, hay emociones y en algunos casos, esta relación es a la inversa; es decir, cuando las emociones están presentes a menudo también se produce el estrés (Lazarus, 2000).

La manera de responder a la situación estresante está más relacionada con las emociones que con el propio estrés, ya que la respuesta es una parte integral del proceso de activación emocional. Entrar en conocimiento de lo que está sucediendo conlleva siempre la evaluación de lo que se puede hacer al respecto y lo que determina si la persona reacciona con ansiedad o ira (Lazarus, 2000).

Según Sandin (2002), la relación causal de los problemas físicos y psicológicos con el estrés, es innegable, mas existe evidencia de que los factores físicos en la etiología de la enfermedad coronaria isquémica, no son suficientes para explicar su ocurrencia. Según el estudio de Lehr y colaboradores en 1973 (citado por Sandin, 2002), algunas variables psicosociales resultaron ser mejores predictores de la enfermedad coronaria que la mayoría de los factores biológicos de riesgo, siendo significativos entre estos últimos, únicamente la edad, la presión arterial sistólica, el tabaquismo y la hipercolesterolemia. El estrés puede influir a través de diversas vías sobre el estado del sistema cardiovascular. Una de ellas es el incremento en las emociones negativas, en particular la hostilidad, la ansiedad y la depresión. Su asociación con los problemas cardiovasculares ha sido aceptada en la actualidad.

En 1959, Meyer Friedman y Ray Rosenman (citados por Rodríguez y cols., 2005) iniciaron sus estudios sobre la asociación entre una conducta manifiesta y datos bio-fisiológicos relacionados con problemas cardiovasculares, que posteriormente publicaron en su trabajo "Conducta tipo A y su corazón", que más tarde logró que se reconociera la importancia del mencionado patrón de conducta.

Los componentes fundamentales del Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), definidos en 1979 presentan a una persona ambicioso, con deseo persistente de progreso y necesidad de reconocimiento, ocupaciones múltiples, responsable, objetivos muy bien definidos, en un estado mental permanente de alerta física y mental, hostil, irritable, con sentido de urgencia ante las tareas, con hábitos motores inquietos y respuestas verbales entrecortadas. Se preocupa por destacar en cualquier actividad, con poca flexibilidad en la alerta ante las demandas ambientales. Ante periodos de actividad mental y descansos, tiende a tener el mismo estado de alerta. Genera por si misma de



manera continua, situaciones estresantes crónicas como consecuencia de su estilo de relación con el medio (Rodríguez y cols., 2005).

Ante este comportamiento, la respuesta cardiovascular de estrés está de acuerdo con la secuencia de eventos fisiológicos mencionados anteriormente. Como es de esperarse, el terreno para la evolución de la cardiopatía isquémica es propicio en la persona con éste patrón de conducta.

La ira, la hostilidad, y la agresión son los aspectos del PCTA más altamente predictivos de la enfermedad coronaria. Existe una correlación positiva entre éste rasgo y la morbilidad y mortalidad coronarias (Rodríguez y cols., 2005).

La ira es un estado emocional consistente en sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia, según la intensidad, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo. Hostilidad implica sentimientos de enfado (ira), se considera un conjunto complejo de actitudes que motivan conductas agresivas dirigidas hacia la destrucción de objetos o daño a otras personas. Agresión implica una conducta destructiva o punitiva dirigida a otras personas u objetos (Sandin, 2002; Crespo, 2006).

De hecho, se reconoce el síndrome de AHA (*anger, hostility, aggression*), ira-hostilidad-agresión, como un componente del PCTA. La ira es el concepto central del síndrome, que se relaciona con problemas cardiovasculares por estimulación del sistema nervioso autónomo, La ira “hacia adentro” se relaciona con presión arterial elevada, baja asertividad y sentimientos de depresión y desesperanza, mientras que la expresión de la ira “hacia fuera” no muestra estas alteraciones (Spielberger y cols., 1998, citado por Sandin, 2002).

Cuando se presenta ira e irritación fácilmente, se provoca un aumento de la reactividad simpática en situaciones evocadoras de hostilidad, reducción de actividad parasimpática y un exceso de conductas de riesgo, como fumar, tomar alcohol y comer en exceso. Esto lo ha estudiado Willaims (1994, 1996), citado

por Sandin (2002) y lo ha llamado “síndrome de hostilidad”, siendo el resultado de una alteración neurobiológica, con una reducción en el funcionamiento del neurotransmisor serotonina (reducción del tono serotoninérgico cerebral).

Sin ser concluyentes, los estudios clínicos y epidemiológicos sobre hostilidad y cardiopatía isquémica parecen indicar que la elevada hostilidad puede convertirse en un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad. En el estudio de Julkunen y colaboradores (1994) sobre la relación de los componentes cognitivo, afectivo y conductual de la hostilidad con el grado de aterosclerosis carotídea (que tiene una correlación fuerte con la enfermedad coronaria), se describe que la desconfianza cínica y el control de la ira (ira “hacia adentro”), características de la hostilidad, fueron útiles como predictores de la progresión de la enfermedad durante un periodo de 2 años, concluyendo que los aspectos cognitivo y afectivo de la hostilidad podrían estar implicados en la enfermedad coronaria, pero no los conductuales.

Una fuente actual indudable de ira, hostilidad y estrés es la insatisfacción en el ámbito laboral, que ha evolucionado con el cambio de las formas de trabajo tradicional hasta la actual economía global, que acarrea un aumento en las exigencias a la persona, que se enfrenta a una serie de estresores laborales como el trabajo intenso, restricción del tiempo, falta de control por parte del trabajador, jornadas más largas, trabajo por turnos, inseguridad salarial, inestabilidad laboral y el pago según rendimiento y productividad (Schnall, 2006).

Los países desarrollados y actualmente los países en desarrollo, tienen una población creciente expuesta a estos y otros estresores, que aunados a los factores psicosociales de la sociedad moderna se han constituido en un factor de influencia crónica en el sistema nervioso autónomo humano, que sumado a los demás factores de riesgo explica la incidencia creciente de la cardiopatía isquémica en nuestra sociedad.

Además, sabiendo que un síntoma específico, la depresión, tiene una prevalencia mayor en los enfermos de Cardiopatía Isquémica (hasta 28%), que en la población en general se convierte en otro predictor de morbilidad y mortalidad en dichos enfermos. La OMS asegura que para el año 2020, la Cardiopatía Isquémica y la depresión serán las dos principales causas de incapacidad, y el Instituto de Salud Mental en E. U. considera a la depresión asociada a la Cardiopatía Isquémica como una absoluta prioridad (Dunn y cols., 2006).

Asociada a la depresión, va la desesperanza. Depresión es la presencia de un estado depresivo y la pérdida de interés o satisfacción con las actividades personales, aunada a alguna forma de somatización. La desesperanza es una expectativa negativa referente al futuro de uno mismo y la pérdida de esperanza en obtener alguna ayuda para afrontar el futuro. Estas dos situaciones van ligadas a la fase de recuperación después de un evento agudo de isquemia cardiaca. En las conclusiones del estudio realizado por Dunn y colaboradores. (2006) mencionan que los proveedores de atención a la salud enfrentan un reto en el cuidado de los pacientes que sufren de Cardiopatía Isquémica, pues este cuidado incluye la necesidad de educar, motivar y aconsejar a los pacientes durante su recuperación, lo que será más difícil si se tiene a un paciente deprimido y sin esperanza, pues será más difícil que siga su tratamiento médico y posiblemente renunciará a su programa de rehabilitación.

Esto hace necesaria la identificación de los pacientes que están en riesgo de presentar depresión y desesperanza, pues esto hará posible su prevención y oportuno tratamiento, lo que redundará en una disminución de la morbilidad y mortalidad en esos enfermos.

### **Afrontamiento**

Es el elemento primordial que utiliza el individuo para hacer frente al estrés, ya sea a los estresores en sí o a sus propias respuestas física, psicológica o social (Sandin, 2003).

Es una variable que va ligada al estrés. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como las estrategias creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes.

El afrontamiento representa todos los esfuerzos cognitivos o conductuales que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta al estrés (Lazarus y Folkman, 1994).

En otras palabras, el afrontamiento es un proceso psicológico que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativa, tales como ansiedad, miedo, ira, hostilidad, desagrado, tristeza, desprecio, desesperación, entre otras (Fernández-Abascal, 1997).

Es un hecho que, en el caso de los enfermos de cardiopatía isquémica, el individuo vive, siente, sufre y enfrenta una enfermedad tan amenazante que pone en peligro su vida, y enfrenta asimismo un cuestionamiento acerca de sus capacidades para eliminar esa amenaza; esto lo empuja a la búsqueda de ayuda, atención, apoyo, en el transcurso de horas o días, mientras un evento agudo isquémico está presente. Sin embargo, el conocimiento de la enfermedad le plantea nuevos retos, nuevas amenazas, nuevas emociones y nuevos sentimientos a los que tiene que hacer frente para salir adelante. Necesita enfrentarse a la enfermedad y a sí mismo, afrontar su afección física y toda la carga emocional que ésta le provoca (Sandin, 2002).

De su capacidad de aceptar la situación y actuar en consecuencia, dependerá su supervivencia física y psicológica y su futura calidad de vida. La relación

existente entre la evasión del afrontamiento y la calidad de vida consecuente, se puede convertir en una dificultad para convencer a los pacientes de la necesidad de apegarse a un programa de rehabilitación y modificación de conducta. Además, pueden estar considerando que sólo la intervención médica será curativa, lo que no es cierto y hace indispensable que acepten ésta realidad para que adopten una actitud proactiva respecto a las modificaciones necesarias para mejorar su calidad de vida (Bowman y cols., 2006).

Las formas de afrontamiento proporcionan pautas para explicar las diferencias en la adaptación al estrés; también tienen que ver con las diferencias que se dan entre los individuos en la mayor o menor exposición a los estresores sociales; éstas formas son (Sandin, 2003):

### ***Estrategias de afrontamiento***

Son más específicas, se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, por ejemplo: relajación, ver películas, buscar apoyo social.

### ***Estilos de afrontamiento***

Constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento.

Sandin y Chorot (2003) plantean en su cuestionario de Afrontamiento del Estrés 7 formas de afrontamiento (González, M. T., 2007):

1. Focalizado en la solución del problema: acción directa y racional para solucionar las situaciones problemáticas.
2. Reevaluación positiva: es el afrontamiento enfocado a crear un nuevo significado (positivo) a la situación problema.

Ambas son formas activas de afrontamiento.

Relacionadas con altos niveles de estrés.-

3. Autofocalización negativa: es el lado opuesto a la reevaluación positiva, es decir, enfocarse a lo negativo de sí mismo como responsable del problema.
4. Expresión emocional: se refiere a manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional negativa relacionada al problema.
5. Evitación: pensar o hacer otras cosas ignorando el problema o situación estresante.
6. Búsqueda de apoyo social: búsqueda de información y consejo en los demás, para solventar la situación emocional.
7. Religión: se refiere a los mismos aspectos de la búsqueda de apoyo social, en el sentido espiritual.

### ***Recursos de afrontamiento***

Son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo “locus” de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima, sentido del optimismo (Sandín, 2003).

Si asumimos que las emociones, por discretas que sean, tienen cierta influencia en la conducta de los individuos, podemos decir que cada emoción provoca una diferente motivación en el comportamiento y una diferente estrategia de adaptación, de manera que las emociones son consideradas como un factor importante en la determinación de la conducta individual, la personalidad y las relaciones del individuo (Bowman y cols., 2006).

Cuando el ser humano se enfrenta a una emoción intensa, negativa o positiva, puede tener como respuesta profundos cambios fisiológicos en su sistema cardiovascular como manifestaciones de una compleja interrelación entre las glándulas endocrinas y el sistema neurovegetativo, consecuencia de la

activación del eje hipotálamo-hipofisiario (Herrera, Camacho, Contreras y Cordero, 2006; Sandin, 2002).

Si ésta activación se presenta en el organismo de una persona con enfermedad cardíaca isquémica, sufrirá de una reacción fisiológica como reflejo de su reacción emocional con todas las manifestaciones ya descritas. Todo esto dependerá del significado que la persona le haya asignado a los acontecimientos, de la forma en que los ha interpretado en su entorno personal y ambiental y de la forma en que los perciba, los retos que le representen y las pérdidas o ganancias que puedan provocarle estrés, origen de las reacciones descritas y de sus síntomas cardiovasculares (Lazarus, 2000; Pedrero y Pichardo, 2004).

Si establecemos el enlace (y subrayamos su importancia) entre la ocurrencia de un evento isquémico coronario cardíaco y las respuestas emocionales generadas, será sencillo deducir el riesgo al que estará sometido el paciente durante las semanas y meses siguientes. Bowman y colaboradores (2006) afirman que los pacientes que a pesar de no presentar síntomas físicos después del evento tienen dificultad para adaptarse a su enfermedad, están en posibilidad de desarrollar (y depender de ellas) emociones primarias específicas, como miedo, tristeza, enojo, disgusto, sorpresa, como un medio de expresión, inhibiendo las emociones secundarias de socialización (culpa, amor, celos, orgullo) a medida que el individuo se enfoca en su necesidad de sobrevivir.

Las reacciones emocionales ante un evento dependerán de la evaluación del mismo de acuerdo a las características personales y ambientales. Las evaluaciones primarias determinarán el significado del evento para el bienestar de la persona, pero las evaluaciones secundarias evalúan los recursos disponibles para afrontar el problema. Las emociones que surgen de estas evaluaciones motivan las respuestas de afrontamiento encaminadas a

mantener los estados de ánimo positivos y reducir los negativos (Casado, 2002).

Existe información que sugiere una estrecha relación entre la depresión (y/o ansiedad) y la calidad de vida y mortalidad en los pacientes que han sufrido un episodio agudo de isquemia miocárdica (Sandín, 2002; Watkins, Blumenthal, Davidson, Babyak, McCants y Sketch, 2006).

Un evento cardíaco puede provocar un trastorno emocional (como depresión o ansiedad) que a su vez se convertirá en un factor de riesgo para una evolución tórpida de la enfermedad cardíaca, una recuperación física y psicológica no satisfactoria y un pobre pronóstico de éxito para modificar las conductas. La persona que cree que puede afrontar con optimismo y activamente la amenaza de su enfermedad, presentará un efecto positivo en su evolución. El estar conciente de su realidad lo hace reforzar sus conductas encaminadas a iniciar y mantener respuestas adecuadas para un afrontamiento enfocado en el problema (dejar de fumar, iniciar una actividad física regular, adquirir hábitos dietéticos adecuados). La persona necesita tener conciencia del “cómo se siente”; al lograr ésto estará en posibilidades de afrontar sus propias emociones (estrés psicológico); si el paciente considera que es posible afrontar la enfermedad con posibilidades de éxito, la consecuencia será su propio bienestar (Bedi y Brown, 2005).

Los factores causales de su enfermedad, según el concepto de los propios pacientes, pueden ser uno o varios de los siguientes (French, James, Horne y Weinman, 2005):

1. Estilo de vida (dieta inadecuada, falta de ejercicio, sobrepeso, hipercolesterolemia, tabaquismo)
2. Estrés personal (tipo de trabajo, exceso de trabajo)
3. Herencia (hipertensión arterial, diabetes)
4. Estilo de vida de la pareja (sobrepeso, falta de ejercicio)



5. Estrés de la pareja (tipo de trabajo, exceso de trabajo, presión laboral)
6. Dificultades familiares (depresión, discusiones, preocupaciones propias del entorno familiar)

Cuando una persona tiene el hábito de realizar las conductas preventivas de salud coronaria (evitar comer en exceso, no tomar alimentos ricos en grasas, no consumir tabaco ni alcohol, hacer ejercicio, afrontar adecuadamente las situaciones de estrés), es más probable que las lleve a cabo. La influencia del hábito de conducta actual en la prevención de la enfermedad coronaria sugiere la necesidad de promover y facilitar la realización de acciones que promuevan los cambios necesarios en dicha conducta (Carpi, Zurriaga, González, Marzo y Buunk, 2007).

Según Lazarus y colaboradores (citados por Lowe y cols., 2000), se identifican dos tipos básicos de afrontamiento, uno enfocado en el problema y otro enfocado en las emociones.

El primero es un intento del individuo para alterar directamente la relación entre la persona y el ambiente (p. ej., planear su acción, afrontamiento activo). La intención es modificar el problema y que no le suponga una amenaza; la superación de esta situación dará lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, una autoevaluación en el sentido de eficacia y sentimientos de gozo y alegría.

El segundo (afrontamiento enfocado en las emociones) es un esfuerzo encaminado a desviar la atención de los elementos incómodos de la situación o un intento de interpretarla de una manera más favorable (p. ej., negándola o solicitando una nueva evaluación). No modifica el sujeto la situación por considerar que no es posible en ese momento. Busca un alejamiento o un manejo a nivel no real, sino ilusorio, a veces manipulativo o transfiriendo a otros su responsabilidad en lo ocurrido (atribución de intenciones); (Casado, 2002).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser de adaptación o de no-adaptación, dependiendo de la situación. Generalmente se acepta que la negación puede ser una adaptación en las fases agudas de una enfermedad controlable, como el infarto de miocardio, pero se convierte en una no-adaptación cuando interfiere a largo plazo con la necesidad de cambiar los hábitos de salud o para buscar ayuda (Hirani, Pugsley y Newman, 2006; Whitmarsh, Koutantji y Sidell, 2003).

Afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente y que se han desarrollado con el objetivo de manejar las demandas estresantes del ambiente (Lazarus, 1993).

En el proceso de la enfermedad isquémica coronaria, las estrategias de “evitación” como afrontamiento parecen generar una mejor capacidad de adaptación a corto plazo, mientras que a largo plazo las estrategias de afrontamiento activo parecen producir mejores resultados. Además, culpar al estrés, por ejemplo, o “a los demás” (sentimiento de falta de ayuda, estrategia de evitación), puede ser a la larga un predictor mayor de riesgo para un nuevo episodio de isquemia miocárdica y de muerte (Boersma, Maes y Van Elderen, 2005).

El modelo de autorregulación de Leventhal, Meyer y Nerenz, planteado en 1980 (citado por Whitmarsh y colaboradores, 2003) propone un sistema de procesamiento que consta de dos vías paralelas de adaptación que interactúan entre ellas, una que involucra una representación cognitiva y una respuesta de afrontamiento para manejar la amenaza de la enfermedad, y otra que es la respuesta emocional ante la amenaza y una respuesta de afrontamiento para manejar las emociones.

Las representaciones de la enfermedad tienen cinco componentes: identidad (síntomas o información), causa (atribución), límite temporal (cuánto durará la

enfermedad), consecuencias y posibilidad de control o curación. La estrategia de afrontamiento utilizada logrará que las representaciones emocionales de la angustia provocada por la enfermedad, lleven al individuo a una mejoría o a evitar el tratamiento.

En el trabajo publicado en el año 2000 por Lowe y colaboradores sobre la relación entre el afrontamiento, las emociones y la salud, hacen notar la importancia epidemiológica de la cardiopatía isquémica en el Reino Unido y de la prevención de la recurrencia del infarto de miocardio, dado el elevado riesgo de muerte e incapacidad. Hacen hincapié además en el hecho de que si las reacciones psicológicas y de conducta tienen un impacto significativo en el bienestar futuro de los pacientes, entonces el comprender las respuestas del enfermo al evento coronario tiene una importancia clínica evidente.

Refieren asimismo el papel significativo que juegan los estados afectivos, especialmente la depresión, en la etiología de la enfermedad cardíaca isquémica. Encontraron una asociación entre el ajuste emocional y la aceptación en la fase intrahospitalaria y el afrontamiento enfocado en el apoyo social y las emociones de los enfermos después de ser dados de alta. De ésta manera, encontraron que la adaptación emocional puede ser facilitada si se ayuda a los pacientes a ajustarse tempranamente a su estado de “pacientes infartados” y a su nuevo estado de salud.

En éstas circunstancias el patrón de adaptación para presentar un afrontamiento de evasión no se dió y aunque lo refieren asociado a un pobre ajuste, no se consideró como predictor de cambio. Anotan también que sus resultados enfatizan el afrontamiento enfocado en el problema, como un predictor de una disminución en las quejas en el estado de salud entre el 2º. y el 6º. mes después del evento isquémico coronario. Concluyen que si los esfuerzos son enfocados a lograr cambios en la conducta (p. ej. tabaquismo, dieta, ejercicio), podrá mejorarse la salud física y al ser dado de alta el paciente,

deberán estimularse las estrategias de afrontamiento descritas (enfocado en el apoyo social y las emociones).

Los proveedores de atención a la salud enfrentan un gran reto al atender a los pacientes con Cardiopatía Isquémica, pues han de educarlos, motivarlos y aconsejarlos durante su recuperación, ya que un paciente con estrés estará menos dispuesto a apegarse al tratamiento y en mayor riesgo de renunciar a las estrategias de rehabilitación. El estrés tiende a prevalecer en los enfermos de Cardiopatía Isquémica comparándolos con la población en general, en un rango de 16 a 28%, siendo además predictor de un aumento en la morbilidad y mortalidad al egresar del hospital (Dunn, Corser, Stommel y Holmes-Rovner, 2006).

### **Optimismo**

Una enfermedad que requiere hospitalización será una experiencia desagradable para la mayoría de las personas, que con cierta razón la interpretarán como una amenaza para la vida (Bowman, Watson y Trotman-Beasty, 2006). Una persona que ha sufrido un evento agudo de isquemia miocárdica puede sufrir de trastornos emocionales que se convertirán en un factor independiente de riesgo, que influirá negativamente en su recuperación física y psicológica; sin embargo, el bienestar emocional de estos pacientes se ve favorecido si ellos consideran que saldrán adelante de la enfermedad que viven en el momento y de cualquier evento posterior relacionado con la misma (Bedi y Brown, 2005). Esto es optimismo.

Scheier y Carver (1985, citados por Bedi y Brown, 2005), atribuyen el efecto positivo del optimismo a la creencia de la persona optimista de que puede afrontar con éxito la amenaza de una enfermedad severa, creencia que le permite reforzar su decisión de efectuar cambios vitales, que a su vez le harán sentirse mejor (dejar de fumar, por ejemplo).

En el concepto de optimismo, debe aceptarse que están implícitas las expectativas del paciente, pues él espera tener control sobre los resultados de sus propias acciones encaminadas a la recuperación; además, espera que dichos resultados le sean favorables ahora y después, lo que está sustentado en el concepto de su propia eficacia para lograrlo (Martínez, Reyes, García y González, 2006). En un estudio realizado por Martínez y colaboradores (2006) se encontró que los pacientes optimistas refieren una mejoría importante manifestada por un menor número de síntomas físicos, en comparación con los pesimistas y que las estrategias de afrontamiento del estrés provocado por su estado de salud física (en base a un auto-reporte) parecen ser de afrontamiento activo en los optimistas y pasivo en los pesimistas.

El optimismo disposicional es beneficioso para el bienestar tanto físico como psicológico. Una persona optimista tiende a utilizar estrategias de afrontamiento basadas en el problema con más frecuencia que el pesimista, y cuando eso no es posible, aquel utiliza estrategias de adaptación basadas en las emociones, tales como la aceptación, el uso del humorismo y el replanteamiento positivo de la situación. El pesimista tiende a hacerlo mediante la negación y el “desconectarse” mentalmente y en su comportamiento, de las metas con las cuales el estresor está interfiriendo, aún y cuando exista algún recurso que le ayude a resolver el problema (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Estas diferencias en el afrontamiento parecen ser parte de la mejor adaptación de la persona optimista a las circunstancias estresantes de la vida (Brissette, Scheier y Carver, 2002).

El optimismo parece lograr que las personas estén en menor riesgo de ser hospitalizadas nuevamente por alguna de las causas relacionadas con su atención inicial de algún evento isquémico coronario. Se sugiere que el optimismo tiene implicaciones importantes en el bienestar físico y la recuperación después de su enfermedad. Se ha encontrado que el optimismo es el único predictor independiente de reingreso al hospital, al compararlo con

depresión, neuroticismo, autoestima, por ejemplo, independientemente de las causas del reingreso (Scheier y cols., 1999). Facilitar que el enfermo adopte una actitud positiva y logre tener expectativas positivas a futuro, puede promover una mejor recuperación.

Lo presentado hasta el momento es el marco de referencia del estudio, se ha descrito cada una de las variables de interés (estrés, afrontamiento y optimismo). Como ya se mencionó, se ha encontrado que las tres variables están relacionadas, lo que constituye la base para los objetivos planteados.

## **CAPITULO III**

### ***METODO***

En el presente capítulo se detalla el método empleado para alcanzar los objetivos del estudio. Se describen las características de los participantes, de los instrumentos de recolección de datos, el procedimiento con el cual se trabajó, incluyendo el procedimiento estadístico y los aspectos éticos a considerar en el estudio.

#### **PARTICIPANTES**

Los participantes fueron treinta personas (25 hombres y 5 mujeres) con Cardiopatía Isquémica internadas en el Hospital San José Tec de Monterrey después de haber sufrido un evento agudo (angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, trastornos del ritmo), ya habiendo recibido el tratamiento médico o quirúrgico correspondiente y después de haber alcanzado un estado de estabilidad física. La recolección de datos para el estudio se realizó a lo largo de ocho meses; durante ese tiempo se evaluó a todos aquellos pacientes (atendidos por los médicos especialistas que aceptaron colaborar en el estudio), que se encontraron hospitalizados y que aceptaron participar en la investigación, después de haber sufrido un episodio agudo de isquemia miocárdica.

## Criterios de inclusión

Pacientes adultos, mujeres y hombres, que estaban hospitalizados y que aceptaron participar en la investigación, después de haber sufrido un episodio agudo de isquemia miocárdica; que se encontraban en etapa de recuperación de la fase aguda y que el tiempo no excediera a 48 horas después esta fase.

## Criterios de exclusión

Niños y adolescentes.

Pacientes con Cardiopatía Isquémica sometidos a un procedimiento no relacionado con la misma.

Pacientes con Cardiopatía Isquémica estables y sometidos a un procedimiento relacionado con la misma pero sin haber presentado ningún episodio agudo de isquemia.

Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Pacientes cuya familia no aceptó el estudio.

Pacientes con algún tipo de complicación incapacitante (neurológica, cardiovascular o respiratoria).

## **INSTRUMENTOS**

Las escalas con las que se evaluaron las variables incluidas en la investigación, se describen a continuación:

- a) Estrés Se utilizó la Escala de Estrés Percibido de Cohen -PSS- (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983), en su versión adaptada a México por González y Landero (2007a). El PSS consta de 14 reactivos con puntuación de nunca (0) a muy a menudo (4). Invirtiéndose la puntuación en los 7 ítems negativos. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. La



versión del PSS de González y Landero (2007a) confirma la estructura factorial reportada por Cohen y Williamson (1988), con estadísticos de bondad de ajuste adecuado y consistencia interna evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach de .83.

- b) Afrontamiento: Se utilizó el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003), en su versión reducida propuesta por González y Landero (2007b) que consta de 21 ítems. Se evalúan 7 formas de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. Las correlaciones entre los 7 factores fueron bajas o moderadas, lo que apoya la evaluación de los estilos de manera independiente; la confiabilidad medida por el alfa de Cronbach osciló de .64 a .87 en las 7 formas de afrontamiento.
- c) Optimismo: Se utilizó el LOT-R Life Orientation Test de Scheier, Carver y Bridges (1994); en su versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). Consta de 10 ítems en escala Likert de 5 puntos. 6 ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional en tanto que los otros 4 ítems no se contabilizan y sirven para hacer menos evidente el contenido de la escala. De los 6 ítems de contenido, 3 están redactados en sentido positivo (optimismo) y 3 en sentido negativo (pesimismo). Las puntuaciones de los ítems redactados en sentido negativo se invierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo, cuyo recorrido es de 6 a 30. Esta versión española del LOT-R cuenta con adecuadas propiedades psicométricas (Ferrando, Chico y Tous, 2002).

## **PROCEDIMIENTO**

En una primera etapa, se obtuvo la autorización del Hospital y con los médicos responsables de los pacientes, para trabajar con ellos, estando internados y aceptaron voluntariamente contestar los cuestionarios.

En la segunda etapa, se pidió que respondan el instrumento a todas las personas que se encontraron hospitalizadas y que hayan aceptado participar en la investigación, después de haber sufrido un episodio agudo de isquemia miocárdica.

Por la condición especial en la que se encontraban habitualmente estos pacientes, el investigador realizó el cuestionario de forma verbal, anotando él mismo las respuestas.

Los pacientes invitados a participar voluntariamente en el estudio, recibieron una carta de consentimiento informado, que dio fe de la voluntad de su participación. En este instrumento se explicaban los propósitos de la investigación, se enfatizaba la confidencialidad absoluta de los datos personales obtenidos de su situación clínica, en caso de publicar los resultados en algún foro o publicación; así como también en el derecho a recibir información y atención a sus inquietudes en relación al estudio, así como a negarse a seguir colaborando durante cualquier etapa de esta investigación.

### *Diseño utilizado:*

El estudio que se realizó corresponde a un diseño no-experimental, de tipo correlacional.

*Análisis de Datos:*

Se analizaron los datos para valorar su ajuste a una distribución normal, utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov; no todas las variables del estudio se ajustaron a la distribución normal. Considerando también el tamaño de muestra se decidió utilizar pruebas no paramétricas, específicamente la correlación de Spearman.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **Descripción de la muestra**

Como primer aspecto de los resultados se describen las características de la muestra. La edad mínima fue de 33 años y la máxima de 74, encontrando una media de 59.6 años y una DE de 11.8. La escolaridad promedio de los participantes es de 15.47 años en el sistema educativo formal; es relevante mencionar que 9 participantes tienen estudios profesionales, 11 cuentan con posgrado, 8 con estudios de preparatoria y 2, de secundaria. 21 participantes tienen trabajo remunerado. Todos son de nivel socioeconómico alto, con 3 hijos en promedio, ya adultos y conviviendo con 1 persona en su hogar.

En cuanto a su estado civil, 25 personas son casadas, dos solteras, dos divorciadas y un viudo.

Respecto a otras enfermedades, 21 participantes (70%) tienen enfermedades tales como hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, principalmente (Tabla 1), sabiéndose enfermos 40% de ellos desde hace menos de 5 años, 30% desde hace más de 15 años y un 15%, entre 6 y 10 años. Cabe aclarar que 9 personas dijeron no presentar ninguna enfermedad crónica; sin embargo los 30 participantes padecen problemas cardiacos y estaban hospitalizados por un evento agudo. El 76.7 (23 pacientes) de los entrevistados toman algún tipo de medicamento para el tratamiento de alguna de sus enfermedades o en forma profiláctica. En lo que se refiere a su estilo de vida, 17 (80.1%) hacen ejercicio

regularmente (3 horas a la semana en promedio) y solamente 12 (40%) aceptan llevar una alimentación adecuada a su condición.

Tabla 1.- Enfermedades Crónicas de los Participantes

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
Ninguna	9	30.0
Hipertensión	5	16.7
Hipertensión y diabetes	4	13.3
Colesterol alto	2	6.7
Hipertensión y colesterol alto	2	6.7
Alérgico	2	6.7
Hipertensión/diabetes/colesterol	2	6.7
Problemas cardiacos	1	3.3
Sinusitis	1	3.3
Diabetes/colesterol/triglicéridos/ac. Úrico	1	3.3
Hipertensión/hipotiroidismo/diabetes/gastritis	1	3.3
TOTAL	30	100.0

A continuación se describen los resultados correspondientes a cada uno de los objetivos del estudio.

### **Niveles de estrés**

De acuerdo al primer objetivo: *evaluar los niveles de estrés percibido en pacientes con Cardiopatía Isquémica en el período de recuperación inmediato después de un evento agudo de isquemia*, se presenta en este apartado los datos correspondientes al estrés percibido.

En la tabla 2 puede observarse que los valores para la media y mediana de estrés son cercanos, sin embargo, la desviación estándar (8.2) indica que los puntajes se alejan de la media; aun y cuando se distribuyen con normalidad de

acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se encontró una mediana de 26.5 y una media de 24.7 con una DE de 8.2, siendo el rango de la escala de 0 a 56.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad para estrés percibido

Escala	Mediana	Media	DE	Rango de la escala	Prueba de normalidad K-S
PSS	26.5	24.7	8.2	0 a 56	.133; p=.200

En la figura 4 se muestra el nivel de estrés percibido detectado en cada uno de los 30 participantes y puede observarse la variabilidad en los puntajes de estrés, dentro de un rango de 7 a 37 puntos.



Figura 4.- Estrés percibido de los 30 participantes

### Tipos de afrontamiento

Para el segundo objetivo: determinar el tipo de afrontamiento predominante en los pacientes con Cardiopatía Isquémica en el período de recuperación inmediato después de un evento agudo de isquemia; se realizaron análisis descriptivos de las subescalas del CAE. En la figura 5 puede observarse que los tipos de afrontamiento predominantes en esta muestra son focalizados en la

solución del problema y reevaluación positiva, ambas formas activas de afrontamiento.

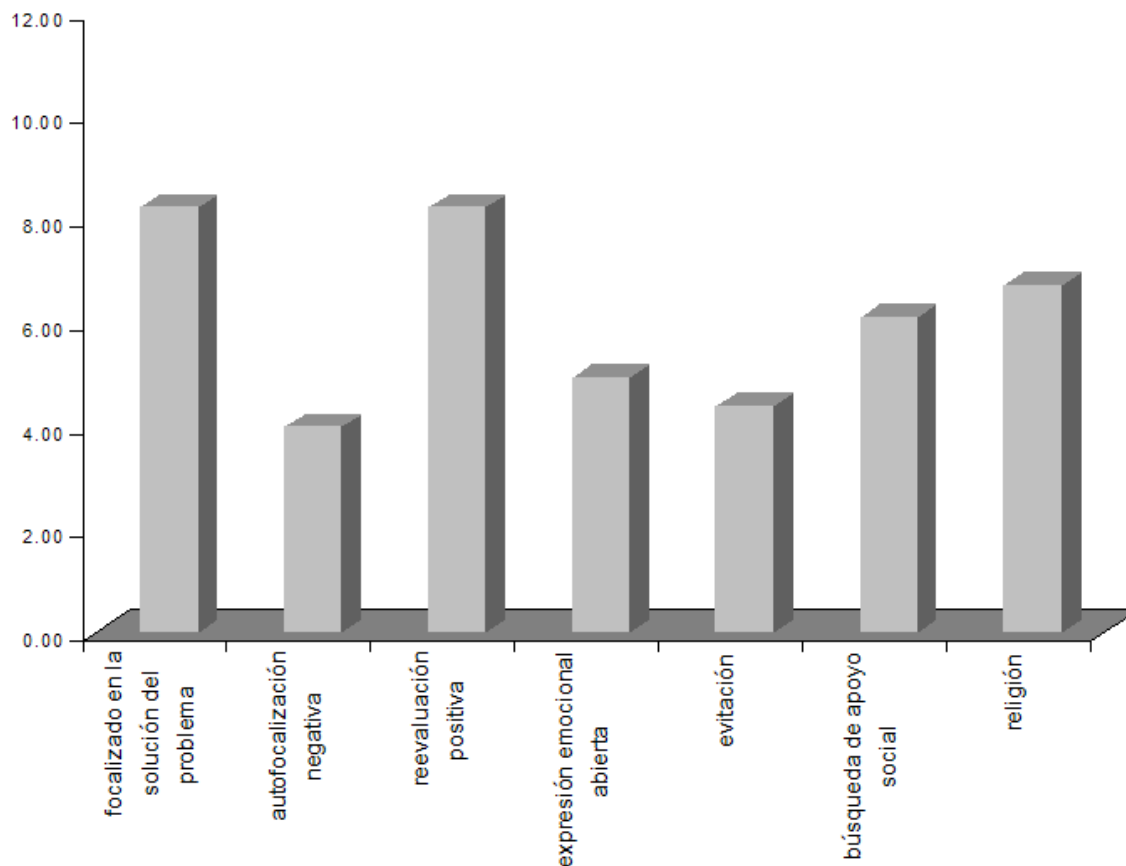


Figura 5.- Formas de Afrontamiento

Las formas de afrontamiento con medidas de tendencia central mas altas fueron el afrontamiento basado en la solución del problema y la reevaluación positiva (Tabla 3), coincidiendo los valores de media y mediana en ambas formas de afrontamiento (8.2 y 8 respectivamente), seguidas por las formas de afrontamiento: religión (media 6.7, mediana 7.5) y búsqueda de apoyo social (media 6.1, mediana 6.5). Las formas de afrontamiento menos utilizadas por los sujetos de la muestra fueron autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación.

Tabla 3: Estadística descriptivos y prueba de normalidad para afrontamiento

Forma de afrontamiento	Mediana	Media	DE	Rango de la escala	K-S
Solución del problema	8.0	8.2	2.6	0 a 12	.128; p=.200
Autofocalización negativa	4.0	4.0	2.2	0 a 12	.194; p=.005
Reevaluación positiva	8.0	8.2	2.1	0 a 12	.113; p=.200
Expresión emocional	4.0	4.9	3.1	0 a 12	.158; p=.054
Evitación	4.0	4.4	2.1	0 a 12	.208; p=.002
Búsqueda de apoyo social	6.5	6.1	2.9	0 a 12	.141; p=.132
Religión	7.5	6.7	3.4	0 a 12	.152; p=.077

### Nivel de optimismo

En el tercer objetivo se planeó: *evaluar el nivel de optimismo en los pacientes con Cardiopatía Isquémica en el período de recuperación inmediato después de un evento agudo de isquemia*; así, se realizaron análisis descriptivos de la escala de Optimismo y de sus dos componentes: pesimismo y optimismo. En la tabla 4 se muestra que en la escala de optimismo LOT-R, con un rango de 6 a 30 puntos posibles, los sujetos de la muestra presentaron una media de 23.9 y una mediana de 24.0 (DE = 2.9); la prueba de Kolmogorov-Smirnov refleja que los datos se distribuyen con normalidad. Al dividir la escala en sus dos aspectos, se observa que las medidas de tendencia central de optimismo son superiores a las de pesimismo.

Tabla 4: Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad para Optimismo

Escala	Mediana	Media	DE	Rango de la escala	Prueba de normalidad K-S
LOT-R	24.0	23.9	2.9	6 a 30	.120; p=.200
Optimismo	13.0	12.9	1.8	3 a 15	.175; p=.020



En la figura 6 se puede observar que todos los sujetos presentan valores altos de optimismo. La figura 6 se elaboró con base en la puntuación total del LOT-R misma que se utiliza en los siguientes análisis.

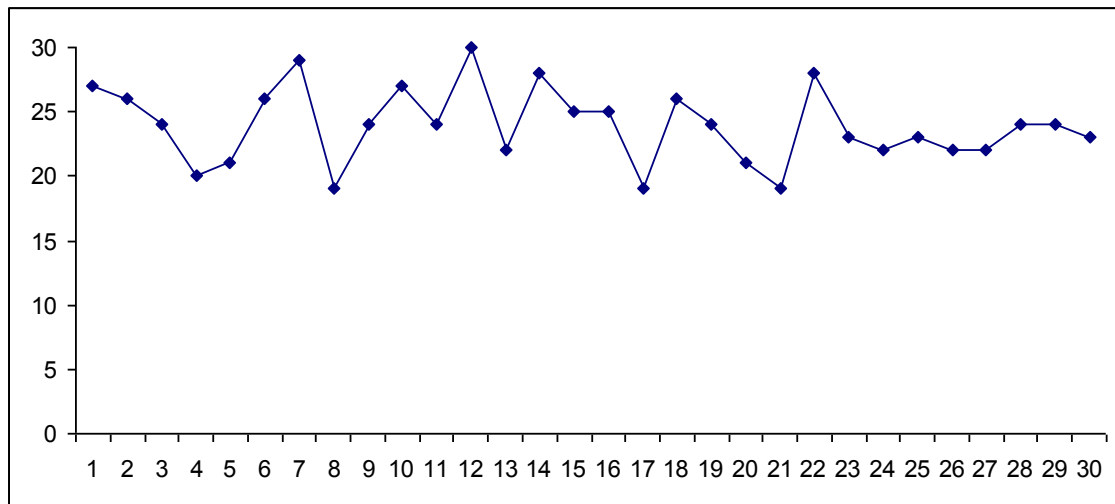


Figura 3.- Optimismo LOT-R

### Relación entre estrés, optimismo y tipos de afrontamiento

Para el último objetivo: *evaluar la relación entre estrés, optimismo y los diferentes tipos de afrontamiento*; se realizaron análisis de correlación entre las tres variables, mismos que se muestran en la tabla 5. Puede observarse que el estrés correlaciona significativamente con el optimismo, siendo una correlación negativa la que se presenta entre éstas variables. Al realizar el análisis de correlación entre estrés y los ítems correspondientes a optimismo se confirma dicha relación ( $r_s = -.529$ ); sin embargo, la correlación con los ítems de pesimismo no es significativa ( $r_s = .076$ ).

Las formas de afrontamiento que correlacionan significativamente con el estrés son reevaluación positiva y expresión emocional abierta, la primera correlaciona

negativamente con el estrés y es una de las más utilizadas por los participantes del estudio. La segunda correlaciona positivamente y no es tan utilizada por los sujetos.

Entre la escala completa de optimismo y las formas de afrontamiento no se encontró ninguna correlación significativa, sin embargo, al analizar exclusivamente los ítems correspondientes a optimismo, se encontraron correlaciones positivas y significativas con focalizado en la solución del problema y reevaluación positiva, las dos formas de afrontamiento más utilizadas por los participantes. Además se encontró correlación negativa con autofocalización negativa, una de las menos usadas por los sujetos.

Tabla 5: Correlaciones

	Estrés	Optimismo	Pesimismo	LOT-R (Optimismo total)	Solución del problema	Autofocalización negativa	Reevaluación positiva	Expresión emocional abierta	Evitación	Búsqueda de apoyo social
Optimismo	-.529*									
Pesimismo	.076	-.168								
LOT-R (Optimismo total)	-.368*	.715**	-.784*							
Solución del problema	-.275	.382*	.077	.171						
Autofocalización negativa	.357	-.423*	-.023	-.207	-.189					
Reevaluación positiva	-.423*	.401*	-.056	.261	.230	-.042				
Expresión emocional abierta	.430*	-.224	.096	-.219	-.371*	.219	-.082			
Evitación	.065	.040	.016	.044	.014	.063	.070	.365*		
Búsqueda de apoyo social	.165	-.041	.149	-.118	.148	-.043	-.076	-.003	-.064	
Religión	.173	-.245	.068	-.180	-.204	.123	-.245	.131	.253	.040

\*  $p < .05$

## **CAPITULO V**

### ***DISCUSION Y CONCLUSIONES***

En éste capítulo se hará un análisis de los resultados obtenidos, comparándolos con los reportados en estudios similares, haciendo hincapié en las características de la muestra de estudio y estableciendo los posibles factores determinantes de dichos resultados.

Es necesario hacer notar las características de la población estudiada, pues en base a los datos registrados, se trata de un grupo de personas de un nivel social, cultural y económico alto, con altos niveles de exigencia y tensión psicológica (Lozano, O'Neill of Tyrone, Carcedo, 1994), que los hace terreno fértil para el desarrollo de un estado de hiperreactividad cardiovascular, sustrato fisiológico indudable de la Cardiopatía Isquémica.

Esto, aunado a la presencia de otros factores reconocidos de riesgo para el desarrollo de la Cardiopatía Isquémica, avalan la inclusión de cada uno de los pacientes en el grupo de estudio. Entre los factores encontrados revisten una importancia obvia las enfermedades crónicas detectadas previamente, tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, descritos ampliamente en el estudio Framingham en 1977 (citado por Opie, Commerford y Gersh, 2006).

Aunque se sabe que en las mujeres es mayor el nivel de estrés percibido ante la Cardiopatía Isquémica (Brummett y cols., 2004), en nuestra muestra el grupo

del sexo femenino representa sólo el 10.0% del total, lo que no nos permite establecer una comparación confiable a ese respecto.

El objetivo inicial en éste estudio es evaluar el grado de estrés percibido en los pacientes con Cardiopatía Isquémica, no solamente como antecedente de la enfermedad y factor de riesgo ya reconocido (De Llano y cols., 1994), sino como factor de riesgo actual generado por el evento agudo de isquemia coronaria (estrés cardiogénico), el cual puede llevar a un estado permanente de desajuste fisiológico y psicológico que mantendrá a la persona en constante riesgo de una recaída.

Los resultados denotan que en ésta fase y de acuerdo a la Escala de Estrés Percibido de Cohen y colaboradores, los participantes del estudio muestran un promedio de estrés percibido de 24.7, encontrándose 19 de ellos (63.3%) con un valor por encima de ése promedio. Por otra parte, éste es superior al encontrado en estudiantes universitarios (21.9) por González y Landero (2007) y al de personas con VIH (22.6) (Remor y Carrobles, 2001), pero inferior al encontrado en personas con fibromialgia (30.1), (González y Landero, 2008), todos evaluados con la misma escala, el PSS.

Al revisar la relación entre el estrés y las diferentes formas de afrontamiento, aunque las más frecuentemente utilizadas por los pacientes estudiados son la focalización en la solución del problema y la reevaluación positiva, la correlación es significativa entre el estrés y la reevaluación positiva (correlación negativa) y la expresión emocional abierta (correlación positiva); sin embargo ésta última es poco utilizada por los pacientes estudiados. La correlación del estrés con la focalización en la solución del problema es negativa mas no significativa.

Originalmente se planteó la hipótesis de una correlación negativa del estrés con la focalización en la solución del problema y la reevaluación positiva, hipótesis que se apoya parcialmente al comprobar la correlación significativa del

estrés con la segunda estrategia mencionada de afrontamiento (reevaluación positiva), mas no con la focalización en la solución del problema, que sin embargo se mostró como una de las más utilizadas, como ya se dijo. El postulado de hipótesis que menciona una correlación positiva del estrés con la autofocalización negativa, la expresión emocional abierta y la evitación, se comprueba en lo que respecta a la expresión emocional abierta (que se muestra significativamente positiva), lo cual no se puede demostrar en lo que se refiere a las otras dos estrategias mencionadas (autofocalización negativa y evitación).

Estos resultados contrastan con los encontrados en enfermos con VIH (Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003), donde la estrategia de afrontamiento del estrés que muestra una correlación significativa es la evitación y en menor grado, la autofocalización negativa. Ellos encuentran una correlación negativa y significativa del estrés con la focalización en la solución del problema, estrategia que en nuestro estudio es frecuente, mas no se muestra significativa en su correlación con el estrés.

En un estudio de pacientes con cáncer de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), la evitación y la reevaluación positiva fueron las principales estrategias de afrontamiento utilizadas, mostrando una correlación negativa con la expresión emocional; esto es lo opuesto a lo encontrado en nuestra muestra, respecto a la evitación, que es una estrategia poco utilizada; sin embargo, la reevaluación positiva es una estrategia coincidente con el presente trabajo pues se correlaciona positiva y significativamente ( $p < 0.05$ ). En cambio, la expresión emocional muestra una correlación negativa y significativa ( $p < 0.05$ ) en su estudio, observando en nuestra muestra que ésta es la estrategia de afrontamiento más significativa en su correlación con el estrés ( $p < 0.05$ ), pero positivamente.

Consideremos que el tipo de enfermedad a la que se enfrenta cada paciente, tiene un impacto diferente en su manera de afrontarla, lo que pudiese explicar las diferencias entre los resultados obtenidos por los autores mencionados arriba respecto a los enfermos con VIH y cáncer y los nuestros. Es indudable que existen algunas formas de cáncer (leucemia, por ejemplo) que se presentan en forma aguda (Rolland, 1987, citado por Velasco y Sinibaldi, 2001), lo que tiene características similares (pero no idénticas) a las que presenta un evento agudo de isquemia coronaria; la amenaza de una muerte inminente es una característica compartida por ambas enfermedades, mas el contexto de cronicidad y la posibilidad de recuperación las hace diferentes. Esto puede explicar la diferencia en el tipo de afrontamiento.

El contexto social y familiar que envuelven al enfermo de VIH y al cardiópata, pudiese explicar el que la evitación sea una forma de afrontamiento frecuente en los enfermos con VIH (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003), quienes frecuentemente se niegan a aceptar su propia enfermedad y no la hacen del conocimiento de los demás, algo que el cardiópata isquémico no puede hacer, pues si bien es bien conocida la actitud de negación de los enfermos ante un cuadro agudo de isquemia, para aceptar que están “sufriendo de un infarto”, es inevitable para el paciente la aceptación ante él mismo y quienes lo rodean, de la necesidad de atención urgente.

Al mismo tiempo ese contexto social y familiar explicaría la correlación negativa con la focalización en la solución del problema en los enfermos con VIH, (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003) mientras que en los pacientes con cardiopatía isquémica del presente estudio, es una estrategia frecuentemente utilizada, seguramente con la intención de dirigir sus esfuerzos a modificar o eliminar la fuente que origina el estrés, buscando la mejor solución posible al problema. Esto es importante para la supervivencia del sujeto pues si ve reforzada su autoeficacia, se sentirá capaz de enfrentar los retos que conlleva la enfermedad que súbitamente lo amenaza (Casado, 2002).

En cuanto al optimismo, se planeó evaluar el nivel del mismo en los pacientes con Cardiopatía Isquémica en el período de recuperación inmediata después de un evento agudo de isquemia. En general, todos los sujetos manifiestan un nivel alto de optimismo, con una media de 23.9 (DE = 3.03), superior al reportado en el estudio de González y Landero (2008), en personas con fibromialgia y cuyo promedio de optimismo fue de 20.3 (DE = 4.85).

Tomando en cuenta que en nuestro estudio la entrevista se realizó en algún momento entre 24 a 72 hrs. después del evento agudo, puede explicarse el alto nivel de optimismo en base a un estado de “euforia” que les hace sentir el haberse visto en peligro de muerte, haber sido atendidos médicamente con un buen resultado y el sentir que la amenaza fue superada. Esto implica que su expectativa de tener un futuro halagüeño y no un mal resultado, les ofrecerá una mejor calidad de vida, como reportan Brummett y colaboradores (2004) en su grupo de estudio de pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica. Ellos sugieren que los pacientes con menor capacidad de afrontar la enfermedad, tienen una respuesta “disfórica”, que los hará más sensibles a la situación de estrés que estén viviendo. Estos autores explican la relación del estrés con la capacidad de afrontamiento del paciente, afirmando que el impacto de los eventos de la vida en el bienestar está mediado por la forma en que el individuo percibe tales eventos, y ésta apreciación es una función de la capacidad de la persona para afrontarlos.

En su estudio, encuentran dos indicadores importantes como predictores de estrés: el sexo de los pacientes y su ingreso económico. Las mujeres tienen un nivel de estrés percibido más alto, situación interesante que en nuestro estudio podríamos evaluar adecuadamente si la muestra lo permitiera, pues sólo el 10% de la misma son del sexo femenino.

Sin embargo, en el aspecto económico determinan en sus resultados que altos niveles de estrés están relacionados generalmente con bajos niveles de ingresos domésticos, relacionando esto a su vez con el hecho de que los pacientes con un menor ingreso tienen una menor oportunidad de acceder a una atención médica adecuada. Esto es comparable con el hecho de que los pacientes de nuestra muestra pertenecen a un estrato socioeconómico alto, lo que puede motivar una evaluación primaria del problema agudo de salud que enfrentan en base a la definición del significado del mismo para su bienestar, lo que los lleva a la evaluación secundaria de la situación que incluye la definición de los recursos con los que cuentan para hacerle frente; en el medio hospitalario privado en el que se hizo el estudio, la capacidad económica de los pacientes convierte a ésta evaluación de la situación en un factor que los lleva a hacerle frente con optimismo, que muestra una significativa correlación negativa con el estrés ( $p < 0.05$ ).

El beneficio de la actitud optimista es evidente, pues el bienestar físico y psicológico dependerá en buena medida de esa actitud, su recuperación física será más rápida y además su calidad de vida será mejor, si se comparan con los pacientes que guardan una actitud pesimista (Scheier y cols., 1994).

De acuerdo con Brummett y colaboradores (2004), los pacientes que se manifiestan pesimistas, con dificultades de adaptación a su estado de enfermedad, sufrirán un deterioro en su estilo de vida y difícilmente se recuperarán, no tendrán apego al tratamiento y mostrarán con mayor frecuencia enfermedades agregadas.

### **Conclusión**

Los pacientes con Cardiopatía Isquémica estudiados, mostraron ciertas características que nos llevan a concluir que el estrés cotidiano es un factor de riesgo tan importante como los demás factores de riesgo reconocidos, mas consideramos que el momento en que se llevó a cabo el estudio, puede haber



influido en los resultados en cuanto a la percepción del estrés, las estrategias de afrontamiento del mismo y el grado de optimismo disposicional encontrado.

Consideramos que la actitud de los enfermos se ve modificada por las circunstancias de cada momento en la evolución de su enfermedad, ya que la muestra estudiada denota un perfil de comportamiento modificado por el estrés provocado por el evento agudo de isquemia, que pone en riesgo su vida, estrés que hemos llamado “cardiogénico”.

Es prudente plantearse la siguiente pregunta: ¿cómo perciben los pacientes el estrés, cómo lo afrontan y cuál es su grado de optimismo disposicional tres meses después del evento agudo, por ejemplo?. Así, se recomienda que futuras investigaciones contemplen una evaluación de seguimiento, para que estudios longitudinales contribuyan con mayor información a la línea de investigación.

Los factores de riesgo convencionales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, entre otros) y sus consecuencias, adquieren mayor relevancia en presencia del estrés psicológico propio de un estado de enfermedad aguda, sobre todo si se sabe que está en riesgo la propia vida. Esto convierte al estrés y los demás factores de riesgo psicosocial en factores patógenos por sí mismos, que requieren una atención especializada.

Un programa de rehabilitación cardíaca que reconozca la importancia de los factores psicológicos, ha de tomar en cuenta que los enfermos de Cardiopatía Isquémica, presentan un patrón de respuesta emocional que los pudiera hacer evolucionar de un estado inicial de estrés moderado con una expresión emocional abierta, y un optimismo elevado relacionado con una reevaluación positiva y focalización en la solución del problema, de acuerdo a nuestros resultados, hacia un estado de depresión, ansiedad y otras emociones

negativas, que son un riesgo potencial para que se presente una recaída y un nuevo evento isquémico.

Esto nos hace plantear la necesidad de un manejo integral y multidisciplinario de la enfermedad.

Desde el punto de vista psicológico, se recomiendan los siguientes objetivos de tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca:

- 1.- Resolver la situación emocional aguda.
- 2.- Prevenir el estrés secundario (cardiogénico).
- 3.- Facilitar la reducción de otros factores de riesgo.
- 4.- Promover el cambio en el estilo de vida.

Los dos primeros objetivos son del ámbito de la psicoterapia, mas los dos restantes corresponden a todos los miembros del equipo de terapeutas, pues ante la multiplicidad de los factores de riesgo será responsabilidad de todos ellos el proveer al paciente de los recursos necesarios para la disminución de riesgo de un nuevo evento coronario y labor de todos el provocar el necesario cambio en el estilo de vida del enfermo.

De este modo, será necesario promover un estricto control de la presión arterial, del azúcar y del colesterol en la sangre, el dejar de fumar, bajar de peso, adquirir hábitos de alimentación adecuados, provocar un abordaje adecuado de las dificultades personales, familiares y laborales, de manera que la reincorporación del paciente a su entorno social, familiar y laboral sea con una actitud positiva y que tenga la certeza de estar apoyado siempre por aquellos en quienes ha depositado su confianza, su salud y su bienestar en todos los aspectos.

## **Recomendaciones para futuros estudios**

Es recomendable que en futuras investigaciones se contemple una evaluación de seguimiento, para que estudios longitudinales contribuyan con mayor información a la línea de investigación.

Sugerimos que en nuestro medio se promueva la participación de la Psicología de la Salud en la investigación necesaria para ampliar nuestro conocimiento de las necesidades emocionales de los cardiópatas, para participar activamente en los programas de rehabilitación cardiaca e intervenir en su recuperación, con la firme intención de disminuir el riesgo de las recaídas, propiciar el apego a los tratamientos y promover los cambios en su estilo de vida, sin dejar de lado la participación en la atención de la fase aguda de una enfermedad que es una real amenaza física, mental y emocional para los pacientes, sus familias y la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bairey-Merz, C. N., Dwyer, J., Nordstrom, Ch. K., Walton, K. G., Salerno, J. W. y Schneider, R. H. (2002). Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease: Pathophysiological Links. *Behavioral Medicine*, 27(4), 141-147.
- Bedi, G. & Brown, S. (2005). Optimism, coping style and emotional well-being in cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 10, 57-70.
- Beers, M. H. (Ed.). (2002). Coronary Artery Disease. En *The Merck Manual of Geriatrics* [versión electrónica]. 3<sup>a</sup> edición, (cap. 88, pp 853-863). Merck & Co. Inc.
- Boersma, S. N., Maes, S. y Van Elderen, T. (2005). Goal disturbance predicts health-related quality of life and depresión 4 months alter myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 10, 615-630.
- Bordon, I. y Durán, C. (s. f.). Estrés. En Monografías.com. Recuperado el 12 de Enero de 2008 de <http://www.monografias.com/trabajos10/estres/estres.shtml>
- Boskis, B. (2000). Estrés y Enfermedad Cardiovascular. En *1er. Congreso Virtual de Cardiología de la Federación Argentina de Cardiología*. Recuperado el 08 de Enero de 2008 de <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/sfcspcboskis/cboskis.htm#fisiopa>
- Bowman, G., Watson, R. y Trotman-Beasty, A. (2006). Primary emotions in patients after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*. 53(6), 636-645.

- Brissette, I., Scheier, M. F. y Carver, Ch. S. (2002). The Role of Optimism in Social Network Development, Coping and Psychological Adjustment during a Life Transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(82), 102-111.
- Cain, J. G. & Wollman, L. (1998). Specific considerations with Cardiac Disease. En Hurford, W. E., Bailin, M. T., Davison, J. K., Haspel, K. L. y Rosow, C. (Eds.), *Clinical Anesthesia Procedures of the Massachussets General Hospital* (5<sup>a</sup> ed.), (cap. 2, pp. 15-34). Filadelfia y Nueva York, E. U.: Lippincott-Raven.
- Calvo González, A., Fernández Machín, L. M., Guerrero Guerrero, L., González García, V., Rutbal León, A. J. & Hernández Iglesias, M. (2004). Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integra*,. 20(3), 51-57.
- Carpi Ballester, A., Zurriaga Llorens, R., González Navarro, P., Marzo Campos, J. C. y Buunk A. P. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 59-70.
- Casado Cañero, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 1-10.
- Clark, A. M. (2003). "It's like an explosion in your life....": lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.
- Cohen, S., Kamarak, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of health and social behaviour*, 24, 385-396.
- Cohen, S. y Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U. S. En S. Spacamp & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of*

*health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, Calif. E. U.: Sage.

Crespo, E. y Venegas, S. Factores Psicosociales de Riesgo para la Enfermedad Cardiovascular. En *Jornades de Foment de la Investigació*. Recuperado el 15 de Abril de 2007, de <http://www.uji.es/bin/publ/ediciones/jfi2/factores.pdf>

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.

De Llano, J., Sosa, V. y Lozano, J. A. (s. f.). Resultados Psicológicos de la Rehabilitación Cardíaca. En *Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología*. Recuperado el 15 de Abril de 2007, de <http://www.secpyr.org/index.php?option=content&task=view&id=191>

Denollet, J., Pedersen, S. S., Ong, A. T. L., Erdman, R. A. M., Serruys, P. W. y van Domburg, R. T. (2006). Social Inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *European Heart Journal*, 27, 171-177.

Duits, A. A., Duivenvoorden H. J., Boeke S., Mochtar B., Passchier J. y Erdman R. A. M. (2002). Psychological and Somatic Factors in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery: towards building a Psychological Framework. *Psychology and Health*, 17 (2), 159-171.

Dunn, S. L., Corser, W., Stommel, M & Holmes-Rovner, M. (2006). Hopelessness and Depression in the Early Recovery Period after Hospitalization for Acute Coronary Syndrome. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26, 152-159.

Echteld, M. A., van Elderen T. y van der Kamp L. J. Th. (2003). Modeling Predictors of Quality of Life After Coronary Angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 49-60.

Estadística de Mortalidad del Instituto Estatal de la Mujer en Nuevo León con base en datos proporcionados por los Servicios de Salud de Nuevo León. (2002). Distribución de las defunciones por sexo de las cinco principales causas de muerte. Recuperado el 18 de Abril de 2007 de [http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem\\_cedaw\\_articulo12.base/Cuadro28.pdf](http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem_cedaw_articulo12.base/Cuadro28.pdf)

Estadísticas de Mortalidad, defunciones generales por residencia habitual del fallecido y causa de la defunción. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado el 26 de Abril de 2008 de [http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general\\_ver3/MDXQueryDatos.asp?#Resgreso&c=11816](http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general_ver3/MDXQueryDatos.asp?#Resgreso&c=11816)

Fernández-Abascal, e. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Fernández-Abascal, E., Palmer, C., Chóliz, M. y Martínez, F. (eds.). *Cuadernos y prácticas de motivación y emoción*. España: Pirámide.

Ferrando, P. J., Chico, E. y Tous, J. Ma.(2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-80.

Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150.170.

- French, D. P., James, D., Horne, R. y Weinman, J. (2005). Causal beliefs and behaviour changes post-myocardial infarction: How are they related?. *British Journal of Health Psychology*, 10, 167-182.
- García Castillo, A., Jerjes Sánchez, C., Martínez Bermúdez, P., Azpiri López, J. R., Autrey Caballero, A., Martínez Sánchez, C. y cols. (2005). RENASICA II. Mexican Registry of Acute Coronary Síndromes. *Archivos de Cardiología de México*, 75, 20-32.
- González Ramírez, M. T. (2007). Síntomas Psicossomáticos auto-reportados en estudiantes: un modelo explicativo. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNED.
- González Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2006). Síntomas Psicossomáticos y Teoría Transaccional del Estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
- González Ramírez, M.T. y Landero Hernández, R. (2007a). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206.
- González Ramírez, M.T. y Landero Hernández, R. (2007b). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, (3), 189-198.
- Guyton y Hall (Eds.). (2006). Hormonas Corticosuprarrenales. En *Tratado de Fisiología Médica*. 11<sup>a</sup> edición, (cap. 77, pp 944-960). Madrid, España: Elsevier Saunders.
- Guyton y Hall (Eds.). (2006). Flujo Sanguíneo Muscular y Gasto Cardíaco durante el Ejercicio. En *Tratado de Fisiología Médica*. 11<sup>a</sup> edición, (cap. 21, pp 249-257). Madrid, España: Elsevier Saunders.



- Guyton y Hall (Eds.). (2006). Arritmias Cardiacas y su Intepretación Electrocardiográfica. En *Tratado de Fisiología Médica*. 11<sup>a</sup> edición, (cap. 13, pp 147-157). Madrid, España: Elsevier Saunders.
- Herrera Franco, R., Camacho Jiménez, P., Contreras Rodríguez, N. y Justiniano Cordero, S. (2006). Rehabilitación Cardíaca. En Ruesga Zamora, E. A., Jáuregui Aguilar, R. y Saturno Chiu, G. (Eds.). *Cardiología*, (cap 26, pp 435-442). México. D. F: El Manual Moderno, S. A. de C. V..
- Hirani, Sh. P., Pugsley, W. B. y Newman, S. P. (2006). Illness representations of coronary artery disease: An empirical examination of the Illness Perceptions Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology*, 11, 199-220.
- Horrow, J. C., Hensley, Jr., F. A. y Merin, R. G. (1990). Anesthetic Management of Myocardial Revascularization. En Hensley, Jr., F. A. y Martin, D. E. (Eds.), *The Practice of Cardiac Anesthesia*, (cap.11, pp. 327-349). Boston, E. U., Toronto, Can. y Londres, Ingl. Little, Brown and Co..
- Januzzi, Jr., J. L., Stern, Th. A., Pasternak, R. C. y DeSanctis, R. W. (2000). The Influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1913-1921.
- Julkunen, J., Salonen, R., Kaplan, G. A., Chesney, M. A. Y Salonen, J. T. (1994). Hostility and the progression of carotid atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 56, 519-525
- Kudielka, B. M., von Känel R., Gander M. L. y Fischer J. E. (2004). The interrelationship of Psychosocial Risk Factors for Coronary Artery disease in a Working Population: Do We Measure Distinct or Overlapping Psychological Concepts?. *Behavioral Medicine*, 30. 35-43.

- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-21.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Lipowsky, Z. J. (1988). Somatization: The Concept and its Clinical Application. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Lowe, R., Norman, P. y Bennet, P. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: Concurrent and predictive associations. *British Journal of Health Psychology*, 5, 337-350.
- Lozano, M., O'Neill of Tyrone, A., Carcedo, C. (s. f.). Aspectos Psicológicos de la Rehabilitación Cardíaca. En *Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología*. Recuperado el 15 de Abril de 2007, de <http://www.secpyr.org/index.php?option=content&task=view&id=184>
- Madrid Miller, M. A. y Autrey Caballero, A. L. (2006). Angina inestable e Infarto sin elevación del segmento ST. En Ruesga Zamora, E. A., Jáuregui Aguilar, R. y Saturno Chiu, G. (Eds.). *Cardiología*, (cap 31, pp 491-534). México. D. F: El Manual Moderno, S. A. de C. V..
- Martínez Correa, A., Reyes del Paso, G., García León, A. y González Jareño, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Michie, S., O'Connor, D., Bath, J., Giles, M. y Earll, L. (2005). Cardiac rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behaviour. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 88-95.

- Morrow, D. A., Gersh, B. J. y Braunwald, E. (2005). , Chronic Coronary Artery disease. En *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Disease* [versión electrónica]. 7ª edición, cap. 50, 3. W. B. Saunders Co.
- Murray, C. J. L. y Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349 (9064), 1498-1504.
- Mussi, C. M. (2006). Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión, Diabetes y Cáncer. En Oblitas, L. A. (Ed.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ª. ed.), (cap. 5, pp. 113-148). México: Thomson.
- Opie, L. H., Commerford, P. J. y Gersh, B. J. (2006). Controversies in stable coronary artery disease. *Lancet*, 367 (9504), 69-78.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pasternak, R. C. (2005). Comprehensive Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Disease. En *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Disease* [version electrónica]. 7a. edición, cap. 43, ¶2. W. B. Saunders.
- Pedrero Nieto, L. y Pichardo Fuster, A. (2004). Emociones y cardiopatía isquémica en el anciano. Enfermedad psicósomática o somatopsíquica. *Archivo Geriátrico*, 5(4), 148-151.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychology*, 55, 44-55.
- Rodríguez Rodríguez, T., González Rodríguez, C. y Falcón Hernández, A. (2005). Emociones y Terapéutica Cardiovascular. En *Monografías.com*. Recuperado el 10 de enero de 2008 de

<http://www.monografias.com/trabajos28/emociones.cardiopatía/emociones.cardiopatía.shtml>

- Rodríguez Sutil, C., Gil Carbacho, P., Martínez Arias, R., González Alvarez, M. y Pulido Requero, E. (1998). Type A Behaviour With ERCTA Scale in Normal Subjects and Coronary Patients. *Psychology in Spain*, 2(1), 43-47.
- Ruesga Zamora, E. y Waisser Rosentein, E. (2005). Factores de Riesgo Cardiovascular. En Ruesga Zamora, E. A., Jáuregui Aguilar, R. y Saturno Chiu, G. (Eds.). *Cardiología*, (cap 30, pp 479-486). México. D. F: El Manual Moderno, S. A. de C. V..
- Sandin, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (eds). *Manual de Psicopatología, Vol. 2* (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandin, B. (2002). Papel de las Emociones Negativas en el Trastorno Cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 1-18.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 39-54.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an Introduction. *American Psychology*, 55(1), 5-14.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A

reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personal Social Psychology*, 67(1), 63-78.

Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Schulz, R., Bridges, M. W., Magovern, G. J. y cols. (1999). Optimism and Rehospitalization After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Arch Intern Med*, 159, 829-835.

Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *Q J Med*, 98, 323-329.

Shnall, P. (2006). Estresores laborales e hipertensión: el impacto creciente de la globalización. 1er. Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales. Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Recuperado el 30 de Noviembre de 2008 de [http://www.uaem.mx/foroamericas\\_memorias/13BOLETIN/BOLETINDICIEMBRE.pdf](http://www.uaem.mx/foroamericas_memorias/13BOLETIN/BOLETINDICIEMBRE.pdf)

Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad. (1995). *Epidemiología de la Aterosclerosis en México*. México, D. F.

Theorell, T. y Orth-Gomér, K. (2007). Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. *Journal of Internal Medicine*, 261, 245-254.

- Thérroux, P. (2004). Angina Pectoris. En *Cecil: Textbook of Medicine* [versión electrónica]. 22a. edición, cap.67 W. B. Saunders Co. *The Science of Stress*. (s.f.). Recuperado el 2 de febrero de 2008, de <http://faculty.weber.edu/molpin/healthclasses/1110/bookchapters/stressphysiologychapter.htm>
- Todaro J. F., Shen, B-J., Niaura, R., Spiro, A. y Ward, K. D. (2003). Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Aging Study). *American Journal of Cardiology*, 92(8), 901-906.
- Vázquez Cabrera, G. y Riera Kinkel, C. (2004). La rehabilitación cardiaca y sus implicaciones económicas. *Revista Médica del IMSS*, 42(6), 465-467.
- Velasco, M. L. y Julián Sinibaldi, J. F. (Eds.). (2001). El infarto y otros trastornos cardiacos. *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia*, (cap. 11, pp. 241-248). México: Manual Moderno.
- Villarreal Herrera, A. M. (2007). Perfil Epidemiológico y de Salud en Nuevo León. Recuperado el 26 de Abril de 2008 de [http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-18-2007/documentos/perfil\\_epidemiologicoen\\_nu...](http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-18-2007/documentos/perfil_epidemiologicoen_nu...)
- Wang, H. X., Leineweber, C., Kirkeeide, R., Svane, B., Schenck-Gustafsson, K.,
- Watkins, L. L., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R. T., Babyak, M. A., McCants, Jr., Ch. B. y Sketch, M. H. (2006). Phobic Anxiety, Depression and Risk of Ventricular Arrhythmias in Patients With Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 68, 651-656.
- Whitmarsh, A., Koutantji, M. y Sidell, K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8, 209-221.

# ANEXO 1

## CONSENTIMIENTO DE LA PERSONA PARA TOMAR PARTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Le estamos solicitando que participe en un estudio sobre Variables Psicosociales en pacientes con Cardiopatía Isquémica, con la finalidad de hacer nuestras recomendaciones a los médicos, psicólogos de la salud y todo el personal que de alguna manera tiene participación en su recuperación, y así sugerir las medidas adecuadas para apoyar a los pacientes que presenten algún tipo de cardiopatía Isquémica.

Le pedimos que participe ya que usted es una persona que nos puede brindar información muy valiosa para ayudar a otras personas, a los profesionales de la salud e instituciones y a la sociedad en general. Si usted decide tomar parte en este estudio, será entrevistado(a) en este momento o se acordará una cita, de tal manera que no interfiera en su tratamiento y recuperación. Por su situación actual la investigadora llenará el cuestionario que es de selección múltiple. La entrevista tendrá una duración de entre 40 y 45 min. No existe costo ni compensación por participar en este estudio. Se anticipa que no sufrirá riesgo o malestar durante la entrevista. Todo lo que aprendamos de usted en este estudio será confidencial; si publicamos los datos del estudio en una revista científica o en un libro, no se le identificará de manera alguna. La forma de consentimiento y el cuestionario serán almacenados en un gabinete bajo llave y solo tendrán acceso a ellos las personas involucradas en la investigación.

La decisión de tomar parte en este estudio es voluntaria. Usted es libre de participar o no. Si decide participar, puede detener la entrevista en cualquier momento, si se siente incómodo(a). Si decide no participar o suspender la entrevista, no se afectará de ninguna manera la atención médica que recibe.

La Lic. Rosalva de los A .García Guerra, es Licenciada en Psicología Clínica y estudiante de Posgrado de la Maestría en Ciencias con Especialidad en Psicología de la Salud, con enfoque en Psicocardiología y es la investigadora responsable del estudio. Si usted tiene alguna pregunta ahora, por favor, siéntase libre de hacerla. Cualquier pregunta adicional que usted tuviese después de la entrevista, podría localizar a la Lic. García Guerra en los teléfonos 83-76-73-50 y 0440110806458.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE ESTE ESTUDIO Y QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA, LA CUAL LE HA SIDO EXPLICADA A SU SATISFACCION.

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Firma del Paciente

Firma del Investigador

Fecha \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se le solicita participar en un estudio de investigación sobre variables relacionadas a la salud. Se le pide que responda todas las preguntas siguiendo las instrucciones específicas en cada grupo. Los datos serán analizados de manera grupal, por lo que puede contestar sinceramente con la certeza de que los datos que puedan identificarle serán tratados de manera confidencial.

V1. N° Encuesta \_\_\_\_\_

**Escriba la respuesta en la línea:**

V2. Edad: \_\_\_\_\_ V3. Estado civil: \_\_\_\_\_

V4. Sexo: H \_\_\_ M \_\_\_ V5. Escolaridad (en años, contando desde primero de primaria) \_\_\_\_\_

V6. ¿Trabaja (trabajo remunerado)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

V7. ¿Cuántas horas **a la semana** trabaja (trabajo remunerado)? \_\_\_\_\_

V8. ¿Padece alguna enfermedad crónica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

V9. ¿Hace cuantos años que tiene ese diagnóstico? \_\_\_\_\_

V10. ¿Toma algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

V11. ¿Hace ejercicio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

V12. En caso de que haga ejercicio ¿Cuántas horas a la semana? \_\_\_\_\_

V13. ¿Sigue alguna dieta como complemento al tratamiento que lleva? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**En el siguiente cuadro indique con quien vive (familia, amigos, etc.), su parentesco, edad y estado civil.**

¿QUIÉNES VIVEN EN LA CASA?

Parentesco	Edad	Estado civil
Padre		
Madre		
Hermano (a)		
Hermano (a)		
Hermano (a)		
Otros:		

Parentesco	Edad	Estado civil
Cónyuge o pareja		
Hijo (a)		
Hijo (a)		
Hijo (a)		
Otros:		

Instrucciones: a continuación le haré unas preguntas de opción múltiple, en esta tarjeta están las opciones de respuesta, le pido que a cada pregunta me diga exclusivamente la respuesta de la tarjeta que mejor se adecue a su situación. Si tiene comentarios al respecto al terminar con las preguntas podrá hacerlos. Si tiene dudas puede interrumpir.



<b>Marcar la opción que mejor se adecue a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes.</b>					
<b><u>Durante el último mes:</u></b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A menudo</b>	<b>Muy a menudo</b>
<b>..... ¿Con que frecuencia.....</b>					
E1. ...has estado afectado (a) por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ... te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3. ... te has sentido nervioso (a) o estresado (a) (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ... has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ... has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ... has estado seguro(a) sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ... has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ... has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ... has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ... has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ... has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ... has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ... has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14. ... has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

<b>Marca la opción que mejor represente en que medida has utilizado la forma de pensar y comportarse para afrontar los problemas o situaciones estresantes en el último año</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Casi siempre</b>
AE2. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
AE3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
AE5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
AE7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
AE10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
AE12. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
AE15. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
AE18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
AE20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
AE21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
AE23. Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
AE25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
AE26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
AE29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
AE30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
AE31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
AE32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
AE34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
AE36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
AE41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
AE42. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar	0	1	2	3	4

<b>Indica el grado en que cada una de las siguientes frases representa tus sentimientos</b>	<b>Totalmente desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
LOT1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	1	2	3	4	5
LOT2. Me resulta fácil relajarme	1	2	3	4	5
LOT3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	1	2	3	4	5
LOT4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	1	2	3	4	5
LOT5. Disfruto un montón de mis amistades	1	2	3	4	5
LOT6. Para mí es importante estar siempre ocupado	1	2	3	4	5
LOT7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	1	2	3	4	5
LOT8. No me disgusto fácilmente	1	2	3	4	5
LOT9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	1	2	3	4	5
LOT10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	1	2	3	4	5