

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
Factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe*

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL**

***ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES
ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LARISSA ZAVALA YOE

JURADO DE EXAMEN DE GRADO:

DIRECTORA: DRA. LUCY REIDL MARTINEZ

**COMITÉ: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
DRA. MA. CRISTINA MÁRQUEZ OROZCO
DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA
DR. RODOLFO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ
DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
DR. RAÚL ALBERTO RIVAS LIRA**

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias:

*A mi amado Joshua, porque con tu corazón de niño
me diste las enseñanzas del más grande de los Maestros. Porque Tu
Presencia y Tu Amor me dieron la fortaleza para triunfar. Para
volver a vivir...*

*Porque con tu ejemplo aprendí a
descifrar la clave de mi existencia.*

*YO SOY EN TI
COMO TÚ EN MÍ.*

*A mis más grandes amigos y mi amada Cristal,
que aunque lejanos, muy
cercanos a mi corazón.*

*Nunca será suficiente el tiempo para
AMAR Y AGRADECER.*

*Al SOL de mi vida,
MI SOL CENTRAL,
mi razón de ser...
CARPE DIEM.*

*A mi madre,
Por ser cómplice silenciosa
en la parte más importante de mi
desarrollo como persona. Por estar
conmigo en cuerpo y espíritu.*

*A mi papá,
porque tu filosofía de vida
me ayudó a interpretar parte de este trabajo.*

*A mi hermana Erika
porque la lejanía tan sólo es una
pausa en la vida que nos unirá una vez más
para volver a estar juntas. Gracias por existir.*

*A mi hermano Ricardo,
por compartir mi mundo,
por estar ahí,
y a pesar de todo, sigues ahí.*

*A Aranzita,
Luz de mi universo: Por tu tenacidad
para luchar aún en las condiciones más
adversas. Por mostrarme sin palabras
tus enormes deseos
de vivir el juego de la vida.
Por tu apuesta a ella.*

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
Factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe*

*A R.A,
Mi compañero, mi amigo, mi aliado y mi opuesto.
Mi profundo amor.
Fuente de inspiración de esta obra.*

*A David
Por no permitir que se
perdiera este eslabón en mi
cadena de significantes. Por hacerlo indestructible.
Porque el ayer nos dio otra oportunidad para la vida.
Por ayudarme a traducir
los momentos más difíciles a una
realidad a veces dolorosa, a veces hermosa, pero
al fin realidad.*

*Al Dr. José Narro Robles,
porque los amigos más
maravillosos están siempre
en el corazón, su sabiduría en el pensamiento
científico y en la evolución del alma.*

*A Rudy,
Por tu fuerza de ánimo,
aunque lejana, muy importante.*

*A Sue,
Por ser el ángel divino que
puso en mi vida su amor,
dándole un toque de
su hermosa
serenidad.*

*Al Dr. Héctor Hernández,
por ser mi amigo,
por ser mi apoyo,
por renovar mi fuente
de energía
a cada instante.*

*Al Dr. Morgan Quero,
En la metafísica de la
amistad.
En la soberanía de los sentidos y de
la existencia misma.*

*A la Dra. Lucy Reidl,
Por tus conocimientos en este andar
que me ayudaron a retomar el camino.
Por tu ejemplo.*

*Al Dr. Raúl Rivas,
Por tus grandes conocimientos en
medicina.
Porque eres diferente
en un universo siempre igual.
Por estimular mi
curiosidad en la aventura
hacia un mundo trascendental.*

*A la Dra. Paty Andrade,
Por creer en mí, por
enseñarme paso a paso
un método más que externo, interno, un
orden en la perfección de un trabajo
de excelencia
como sólo ella lo sabe hacer.*

*Al Dr. Rolando Díaz-Loving,
Por estar siempre conmigo y
por darle la forma final a este trabajo.*

*A la Dra. Catalina González,
Por tu amor y entrega al saber.*

*A mi amigo Gregorio:
Por rescatarme. Por ser tan
significativa tu presencia
en este trabajo,
por el gran valor de tu amistad.*

IN MEMORIAM:

*Ivonne Patricia López,
Te quiero mucho. Que tu dulzura
abraza siempre el vacío que dejaste en mi corazón.*

*Mtra. Argelia Nogueira:
Mi gran amiga. Que tus consejos y
humildad iluminen siempre
mi sendero. Porque esta obra me ayude a
comprender tu repentina
partida.*

*Gracias a todos por ser parte esencial de mí,
en el libro de mi vida...*

Agradecimientos:

Quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y a la Dirección General de estudios de Posgrado (DGE) por el apoyo económico que me otorgaron en la realización de mis estudios.

A las empresas: Aeromar, ICA FLUOR, Unimex, Sabre y colaboradores que me ayudaron a construir esta investigación.

A Petróleos Mexicanos (PEMEX) Picacho, autoridades, colaboradores, médicos, enfermeras y pacientes, por abrirme sus puertas a un aprendizaje nuevo tan sublimemente significativo.

*y a todas aquellas personas que contribuyeron a la realización de esta obra
mi más sincero agradecimiento.*

*Amor scientia que
inserviant cordi...*

*Que el amor y la ciencia
sirvan al corazón...*

ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

I N D I C E

SECCIÓN

Resumen

Introducción

Justificación

Antecedentes

CAPÍTULO 1: LO FISIOLÓGICO Y LO PSICOSOMÁTICO

1.1 Breve historia sobre las teorías fisiológicas y filosóficas acerca de la unidad soma-psyque

1.2 Teorías fisiológicas

1.3 Sistema Nervioso Central

1.3.1 Sistema Nervioso Periférico

1.3.2 Sistema Nervioso Autónomo

1.4 Fisiología de las emociones

1.4.1 Psicofisiología

1.4.2 Breve descripción psicofisiológica

1.4.3 Mecanismo fisiológico

1.5 Estrés, fisiología y sistema cardiovascular

CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA, FUNCIONAMIENTO CARDIACO Y FACTORES DE RIESGO CORONARIO

2.1 Información epidemiológica

2.2 Índices de mortalidad cardiovascular

2.3 Períodos típicos de la transición epidemiológica

2.4 Anatomía y fisiología del corazón

2.5 Histología

2.6 Manifestaciones del sufrimiento cardiaco

2.7 Angina de pecho

2.8 Cardiopatía Isquémica

2.9 Infarto agudo del miocardio

2.10 Factores de riesgo coronario

2.10.1 Sociales

2.10.1.1 Tabaquismo

2.10.2 Médicos

2.10.2.1 Hipertensión arterial

2.10.2.2 Consumo de grasa

2.10.2.3 Niveles de lípidos

2.10.2.4 Inactividad física

ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

I N D I C E

SECCIÓN

- 2.10.2.5 Diabetes Mellitus
- 2.10.2.6 Ejercicio y obesidad
- 2.10.2.7 Situación de los estrógenos
- 2.10.3 Psicológicos
 - 2.10.3.1 Estrés mental y riesgo cardiovascular
 - 2.10.3.2 Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad coronaria. Modelo de conducta tipo A y hostilidad
 - 2.10.3.3 Ansiedad y depresión
 - 2.10.3.4 Ansiedad, estrés y enfermedad cardiovascular
 - 2.10.3.5 Factores psicosociales
 - 2.10.3.6 Apoyo social
 - 2.10.3.7 Ajuste psicosocial a la enfermedad cardiaca
 - 2.10.3.8 Estrés de vida y tensión en el trabajo
- 2.10.4 Demográficos
 - 2.10.4.1 Características sociodemográficas
 - 2.10.4.2 Factores socioculturales
- 2.11 Género y enfermedad cardiovascular
 - 2.11.1 Insuficiencia cardiaca en las mujeres

CAPÍTULO 3: ESTRÉS Y ENFERMEDAD CORONARIA

- 3.1 Estrés (Introducción)
- 3.2 Definiciones
- 3.3 Modelos de relación entre el estrés psicosocial y enfermedad
- 3.4 Algunos modelos de estrés y fisiopsicopatología
- 3.5 Estrés laboral
 - 3.5.1 Carga de trabajo y estrés ocupacional
- 3.6 Estrés social
- 3.7 Estrés personal

CAPÍTULO 4: ENFRENTAMIENTO Y EMOCIÓN

- 4.1 Enfrentamiento
- 4.2 Principales investigaciones
- 4.3 Emoción y enfrentamiento
- 4.4 La función de las emociones en el enfrentamiento y en el desarrollo de las enfermedades cardiacas
 - 4.4.1 Definiciones

ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

I N D I C E

SECCIÓN

CAPÍTULO 5: MÉTODO

- 5.1 Planteamiento del problema
- 5.2 Pregunta de investigación
- 5.3 Objetivos
- 5.4 Definición de variables
 - 5.4.1 Definición conceptual
 - 5.4.2 Definición operacional
- 5.5 Hipótesis
 - 5.5.1 Conceptual
 - 5.5.2 De Trabajo
- 5.6 Diseño de investigación y tipo de estudio
- 5.7 Tipo de muestreo
- 5.8 Participantes
 - 5.8.1 Criterios de Inclusión
 - 5.8.2 Consideraciones Éticas
- 5.9 Instrumentos
- 5.10 Procedimiento

CAPÍTULO 6: RESULTADOS

- Presentación de resultados
- Discusión y Conclusiones

ANEXOS

- Anexo 1: Estudio Piloto.
- Anexo 2: Descripción de los factores obtenidos de los instrumentos.
- Anexo 3: Instrumentos:
 - Encuesta socioeconómica
 - SWS-Survey
 - Cuestionario de estilos de enfrentamiento
 - Historia Clínica

REFERENCIAS

**ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES
ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

ÍNDICE DE TABLAS

Concepto
Tabla 1
Tabla 2
Tabla 3
Tabla 4
Tabla 5
Tabla 6
Tabla 7
Tabla 8
Tabla 9
Tabla 10
Tabla 11
Tabla 12
Tabla 13
Tabla 14
Tabla 15
Tabla 16
Tabla 17

**ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES
ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

ÍNDICE DE CUADROS

Concepto
Cuadro 1
Cuadro 2
Cuadro 3
Cuadro 4
Cuadro 5
Cuadro 6
Cuadro 7
Cuadro 8
Cuadro 9
Cuadro 10
Cuadro 11
Cuadro 12
Cuadro 13
Cuadro 14
Cuadro 15
Cuadro 16
Cuadro 17
Cuadro 18
Cuadro 19
Cuadro 20
Cuadro 21
Cuadro 22
Cuadro 23

**ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES
ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Concepto
Gráfica 1
Gráfica 2
Gráfica 3
Gráfica 4
Gráfica 5
Gráfica 6
Gráfica 7
Gráfica 8
Gráfica 9
Gráfica 10
Gráfica 11
Gráfica 12
Gráfica 13
Gráfica 14
Gráfica 15
Gráfica 16
Gráfica 17
Gráfica 18
Gráfica 19
Gráfica 20
Gráfica 21

ESTRÉS Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO COMO POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Concepto

Esquema 1
Esquema 2
Esquema 3
Esquema 4
Esquema 5
Esquema 6
Esquema 7
Esquema 8
Esquema 9
Esquema 10
Esquema 11

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Concepto

Diagrama 1

ÍNDICE DE MODELOS

Concepto

Modelo 1
Modelo 2

ÍNDICE DE FIGURAS

Concepto

Figura 1: Anatomía y fisiología del cuerpo humano
Figura 2: Anatomía del corazón
Figura 3: Angina de pecho
Figura 4: Infarto agudo del miocardio
Figura 5: Hipercolesterolemia

RESUMEN

Los cambios en las condiciones de la salud ocurren en cada parte del mundo. Año con año los perfiles de enfermedad varían por país y por región de acuerdo a condiciones específicas de cada lugar. Datos epidemiológicos dan a conocer que enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la enfermedad cardiovascular se reportan como las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, lo que se conoce como transición epidemiológica. La importancia de este evento, radica en la prevalencia que tienen las enfermedades en países desarrollados y subdesarrollados, dadas sus condiciones de desarrollo social y económico. En México, específicamente, las muertes por enfermedades cardíacas ocupan los primeros lugares, de acuerdo a información proporcionada por organismos gubernamentales. Al respecto, y de manera alarmante, la Organización Mundial de la Salud ha pronosticado que este padecimiento irá en aumento, no solo en nuestro país sino en toda la orbe. Así mismo, se ha observado que los cambios en los estilos de vida conllevan a una mayor incidencia en la enfermedad cardiovascular. Estudios que se han realizado desde el punto de vista médico y psicológico, muestran evidencia de la importante relación que existe entre los estilos de enfrentamiento, los estresores y la cardiopatía isquémica. Por estas razones, se realizó un estudio retrospectivo sobre la posible relación entre estas variables en una muestra conformada por 51 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica y su respectivo grupo de comparación. Se pone a prueba la hipótesis que supone diferencias entre los grupos mencionados en la manifestación de estos eventos. Para ello se realizaron análisis de discriminantes y de regresión logística, confirmando la hipótesis planteada y encontrando que los estresores, los estilos de enfrentamiento y la cardiopatía isquémica son factores que se expresan de forma diferente entre los grupos, donde los pacientes son los que manifiestan más estrés personal que laboral. Se observó también que el uso de los estilos de enfrentamiento ante los estresores fue significativamente diferente, siendo los pacientes más evasivos. Se propone desarrollar nuevas líneas de investigación que fortalezcan lo encontrado en el presente trabajo, con la finalidad de establecer métodos de intervención y tratamiento en lo que respecta a medicina preventiva primaria y secundaria, así como investigar las características de personalidad que pudieran incidir sobre estos eventos.

Palabras clave: Estrés, estilos de enfrentamiento, cardiopatía isquémica.

ABSTRACT

Changes in general health conditions are happening around the World. Each year, illness profiles are different for different countries, taking into consideration specific social, political and economical conditions. Epidemiologic research shows that chronic-degenerative illnesses like diabetes mellitus and cardiovascular disease are the most important causes of morbidity and mortality in the world. This phenomena is conceptualized like an epidemiological transition period. The importance of illnesses prevails up to day in rich and poor countries. Mexico is classified in the first places in relation to mortality rate, being cardiovascular disease one of the most important. The Health World Organization has pronosticated that the rate of mortality due to cardiovascular diseases will grow in the future in Mexico and in much countries too. Cientific psychological and medical research has reported that specific experiences and changes in life styles are vinculated with an important increase of cardiovascular disease. These reports show enough evidence of the relation between coping styles, stressors and ischaemic heart disease. So, the present retrospective study emerged of these facts, and talk about the possible relations and differences in this kind of variables. The sample was integrated for 51 patients with coronary heart disease diagnosis and no-patients. The hypothesis proposed the difference between coping styles for stressors between these comparative groups. Discriminant and logistic regression analysis were realized to prove the hypothesis. The results indicated that hypothesis was comprobated and founded that stressors and coping styles were expressed in different form for each group. The results also indicated that patients give more importance to personal stressor and no-patients to laboral stressors. Results also show that the most important coping style for patients was avoidance. The proposal resulting from this study is to do more research to reinforce these results with the objective to create primary and secondary intervention methods for preventive medicine and to know personality traits that could have an important influence of these kind of events.

Key words: Coping styles, stressors, ischaemic heart disease.

INTRODUCCION

Las enfermedades cardiacas se han convertido en la primera causa de muerte a nivel mundial y nacional durante los últimos años. Es verdaderamente alarmante cómo estos padecimientos cobran paulatinamente más víctimas, donde los factores de riesgo asociados juegan un papel fundamental.

En décadas pasadas, dicho padecimiento atacaba a personas que formaban en promedio el grupo de edad de 40 a 60 años, sin embargo, recientemente se ha comprobado que los individuos más jóvenes (30 años) se suman a las listas de espera o a las áreas de urgencia de los hospitales. Muchos de ellos ni siquiera alcanzan a llegar a los centros de salud, sino que fallecen en el traslado a dichas áreas de servicio o mueren en la calle sin recibir ninguna atención médica oportuna.

Desde hace tiempo se ha comprobado que un elemento que tiene que ver con las enfermedades cardiacas es el estrés psicológico, ya que la biología y la conducta se conjugan para manifestarse en dolor y en sufrimiento. De esta manera, el estrés como una reacción del organismo ante situaciones de vida que se perciben como amenazantes produce angustia y puede ser crónico, atacando a órganos blanco como el cerebro y el corazón.

El estrés se genera por problemas que son significativos en la existencia de las personas y si éstos no se resuelven de manera adecuada o no se les da el debido cauce, puede producir repercusiones importantes en la salud. Parcialmente, eso depende del estilo de enfrentamiento que los individuos usan para sortear momentos difíciles y la otra parte, tiene que ver con el significado y potencia del estresor, así como también con los factores de riesgo coronario a los que las personas están expuestas.

Por la información que de mortandad creciente se proporciona día con día y por lo que de alguna manera se sabe de la influencia de la psicología en el desarrollo de la enfermedad coronaria, en el presente trabajo se estudió la posible relación entre los estresores y los estilos de enfrentamiento con la cardiopatía isquémica en sus dos vertientes: infarto agudo del miocardio y angina de pecho.

Se pretende conocer también que la forma particular que las personas tengan del uso de esos estilos ante situaciones laborales, personales y sociales que producen tensión prolongada, será la posibilidad de ser candidatos a la enfermedad, desde el punto de vista meramente psicológico.

Pero ¿por qué unas personas sí se enferman y otras no? ¿Qué es lo que hace la diferencia? ¿Cuáles son los estilos de enfrentamiento y el estrés que viven las personas sin enfermedad a diferencia de los pacientes cardíacos que se encuentran internados en un hospital?

Todas estas interrogantes se tratarán de responder en el curso de este trabajo con la finalidad de conocer más a fondo un problema médico que tiene también un sustrato psicológico. Como resultado de estos hallazgos, se sugerirán posibles estrategias de prevención o intervención que coadyuven con los programas de tratamiento clínico para los pacientes con enfermedades cardíacas.

Por lo tanto, el capítulo 1 de este trabajo trata de la parte fisiológica y psicosomática, en donde se estudian las posturas antiguas sobre la concepción de la mente-cuerpo y teorías fisiológicas más recientes sobre las reacciones corporales ante situaciones de estrés, lo cual trae consigo una serie de enfermedades.

El capítulo 2 hace referencia al funcionamiento del corazón y los factores de riesgo coronario, que es uno de los temas centrales de esta investigación.

El capítulo 3 aborda el estudio del estrés y la enfermedad coronaria, donde se realiza un vínculo importante entre estos factores para explicar la razón de las enfermedades cardíacas con un trasfondo psicológico y que constituye el otro pilar importante de este trabajo.

El capítulo 4 habla de las teorías de enfrentamiento y la emoción, donde se estudian aspectos fundamentales del comportamiento humano ante la solución de problemas y las emociones concomitantes. En los capítulos siguientes, se incluye el método utilizado, la presentación de los resultados, los análisis estadísticos y su interpretación, así como las discusiones, conclusiones y anexos.

Se espera que la presente investigación sea de utilidad a médicos, psicólogos y profesionales de la salud en general, para ampliar sus conocimientos en esta materia, así como para establecer o diseñar intervenciones e investigaciones futuras que abran paso a nuevas aportaciones, con la finalidad de elevar la calidad de vida de los seres humanos y ¿por qué no?, prolongarla a partir de nuevas oportunidades.

JUSTIFICACIÓN

Cada vez más el estrés psicológico da cuenta de un número considerable de pérdidas humanas. Vivimos en un mundo acelerado, en donde, al margen de los índices de productividad empresarial, las demandas sociales y las propias exigencias económicas, hacen que las personas adopten un estilo de vida que tiene que ser compatible con lo que la comunidad espera de ellas.

Sin embargo, este mundo externo no ofrece a muchas personas todas las posibilidades de satisfacción de necesidades primarias (alimento, vestido), ni de desarrollo profesional ni personal que se esperan cubrir. La falta de empleo, el alto índice de robos, la violencia, las manifestaciones, las marchas que expresan inconformidades, la marginación social, los cambios radicales en las legislaciones sociales y políticas, crean un desajuste social y cambios internos que exigen que se adopten ciertos estilos de vida que no son necesariamente adaptativos.

Además, en la dinámica interna del individuo, los problemas familiares, los divorcios, el nacimiento de los hijos, la muerte de alguna persona, los cambios de casa, los padecimientos incurables, etc, son situaciones que también cobran su monto de atención y que hacen experimentar cambios fisiológicos en el organismo, alteraciones importantes que lo hacen enfermar, estar abstraído en un mundo que le impide continuar incorporado en la dinámica de la vida social.

En respuesta a la preocupación creciente sobre ciertos padecimientos físicos que son producto de estos cambios, algunos organismos gubernamentales nacionales, tales como el INEGI o la Secretaría de Salud, y otros más internacionales, como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud, han reportado en sus estadísticas índices de mortalidad en las poblaciones, que son provocados por enfermedades crónicas, degenerativas o fulminantes, como por

ejemplo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cáncer, la diabetes mellitus o las enfermedades cardíacas, y dentro de ellas, la muerte súbita.

En los países desarrollados, el índice de mortalidad por enfermedades cardíacas ha ido en aumento durante los últimos tres años. En Estados Unidos por ejemplo, las causas de defunción se han debido a las enfermedades coronarias, así como en Alemania, Inglaterra, Francia, España, etc.

En México, la enfermedad cardiovascular se reporta como una de las primeras causas de defunción hospitalaria (INEGI, 2001). Actualmente, esta enfermedad sigue desplazando al resto de los padecimientos y encabeza las listas de mortalidad.

Las investigaciones que se han realizado sobre los factores de riesgo coronario Braunwald, Zipes y Libby (2001), Ketterer, Mahr y Goldberg (2000); han destacado que existen una serie de componentes médicos y psicológicos que contribuyen a la enfermedad coronaria. Los factores de riesgo biológicos son clasificados, de acuerdo a la incidencia que tienen en el organismo, en primarios y secundarios. Dentro de la primera clasificación se incluye el tabaquismo, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia; y dentro de los secundarios, se reportan la obesidad, el sedentarismo, la postmenopausia y la herencia. Los factores de riesgo psicológicos involucran la conducta tipo "A" y el estrés.

Tanto las condiciones médicas como psicológicas, provocan que las personas desarrollen enfermedades. Se ha comprobado por ejemplo, que la conducta tipo "A" se caracteriza como conducta de propensión al infarto (Chávez, 1982).

Por otro lado, para contender con las demandas internas y externas que exigen un determinado patrón de respuestas, dentro de las manifestaciones conductuales, existen lo que en la literatura científica recibe el nombre de estilos de enfrentamiento. Estos, son formas adaptativas o desadaptativas de responder a las situaciones que amenazan la integridad del individuo provenientes del entorno social, los cuales a su vez, generan estrés en la vida de las personas.

En virtud de lo anterior, surge el interés de estudiar la posible relación que existe entre los estresores de la vida cotidiana que las personas evalúan como más dañinos con los estilos de enfrentamiento que emplean y el desarrollo de la cardiopatía isquémica en sus dos variantes: angina de pecho e infarto agudo del miocardio.

Determinar si existe una relación entre el estrés, los estilos de enfrentamiento y la cardiopatía isquémica, permitirá desarrollar en primer lugar, programas de intervención en los servicios de rehabilitación cardiaca de los hospitales, clínicas y centros de salud, y segundo, de prevención, para que se proporcionen estrategias sobre un manejo adecuado del estrés en las personas que cotidianamente viven experiencias que amenazan su integridad.

Contender con las demandas internas y externas no implica tener que vivir con la misma celeridad los acontecimientos sociales, sino más bien, conocer el origen del problema, las propias capacidades, limitaciones y alternativas de solución, que pueden marcar la diferencia entre prolongar unos años más la existencia humana o negarse el derecho a la vida.

ANTECEDENTES

Los conceptos mente-cuerpo datan de creencias antiguas basadas en la idea de que el organismo puede ser afectado por fuerzas externas.

En la época de la prehistoria, la enfermedad a menudo fue entendida como causada por una serie de fuerzas malignas o espíritus demoníacos y el concepto de enfermedad fue visto como resultado de la intervención divina para castigar al culpable o impío (Faplan y Sadock, 1995).

Las causas y las curas de lo que ahora es entendido como desórdenes mentales fueron creídas como posesiones del orden de espíritus del demonio que únicamente podían ser expulsados mediante el exorcismo o ser destruidos dando muerte a la persona que había sido poseída.

Alternativamente, alguien podía ser curado o limpiado de enfermedad mediante súplicas, sacrificios, plegarias o rituales. Las creencias en el poder de la oración y otros ritos religiosos y espirituales a fin de invocar la intervención divina para alterar las fuerzas de la enfermedad, continúan siendo compartidas por algunas personas hoy en día.

Si bien algunos estudiosos de la medicina psicosomática (Haynal y Pasini, 1980) han incriminado a René Descartes como responsable de la creación de la dualidad mente-cuerpo, un reanálisis cuidadoso de las ideas de este filósofo revelan que él no dividió a la mente-cuerpo de una manera tan rígida; él especificó una localización particular, la glándula pineal, donde la mente y el cuerpo interactuaban y propuso una base lógica para la amplia interacción de los estados afectivos con material somático, mediante la explicación de que muchos de los aspectos de los estados afectivos tenían relación con lo psicosomático.

Así mismo, los conceptos psicossomáticos en la medicina y psiquiatría moderna descansan en la base de lo que fuera descrito por Sigmund Freud (1857-1939) durante la creación de sus obras; y cuyas formulaciones que dieron origen a la teoría psicoanalítica, parecían confirmar el papel de los factores psicológicos como causantes de las manifestaciones de conflictos psíquicos expresados en el cuerpo: las reacciones conversivas, como la parálisis o la ceguera (estudiadas en la Salpetriere) son ejemplo de ello.

Los neofreudianos, representados por Sandor Ferenczi, aplicaron el concepto del fenómeno de conversión al sistema nervioso autónomo y el uso la teoría para explicar tales enfermedades como la colitis ulcerativa (Kaplan y Sadock, 1995). Estos mismos autores, señalaron que en 1926 George Groddeck desarrolló teorías psicodinámicas para cada enfermedad física, como fiebres y hemorragias y creyó que cada enfermedad podía ser simbólicamente representada por un conflicto inconsciente no resuelto.

La tradición psicoanalítica en la teoría psicossomática culminó con los trabajos de Franz Alexander (en Vera, 1994). Este investigador diferenció las reacciones de la conversión histérica de las llamadas neurosis orgánicas, las cuales eran causadas por conflictos inconscientes entre deseos agresivos o dependientes y fuerzas opuestas del yo y superyó, que conducían a un daño emocional crónico. Así, tipos específicos de conflictos psicodinámicos causaban tipos específicos de enfermedades como resultado del estrés, el cual a su vez, causaba una excitación autónoma. Alexander aplicó a su teoría siete enfermedades: hipertensión arterial, artritis reumatoide, tirotoxicosis, úlcera péptica, colitis ulcerativa, asma bronquial y neurodermatitis.

Helen Flanders Dunbar, en 1935, compiló varios reportes publicados de reacciones psicossomáticas observadas por los clínicos en un período de 23

años. En 1943, Dunbar también postuló la primer y más original formulación de lo que es ahora conocido como personalidad tipo A y propuso otro tipo de perfiles de personalidad asociados con enfermedades psicosomáticas. Dunbar ha sido reconocida como la fundadora de la medicina psicosomática moderna (Kaplan y Sadock, 1995).

Uno de los principales factores de riesgo conductual para los eventos coronarios es el modelo de conducta tipo A. En 1981, el Instituto Nacional del Corazón y Pulmones declaró que hubo suficiente evidencia de investigación epidemiológica y clínica para concluir que este modelo de conducta era un factor de riesgo coronario independiente para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Confirmando este hallazgo, alrededor del año 1989, se aceptó que había fuerte evidencia de la existencia de una relación entre enfermedad coronaria y conducta tipo A entre pacientes jóvenes (Dembrosky y Williams, 1989).

Es así como la disciplina de la psicofisiología está organizada alrededor del estudio de eventos psicológicos y su influencia sobre los mecanismos biológicos. La psicofisiología cardiovascular, en particular, examina el impacto de tales fenómenos psicológicos sobre el funcionamiento del sistema circulatorio y, como ciencia aplicada, se centra en el entendimiento de relaciones complejas entre el estrés conductual y su relación con la enfermedad cardiovascular (Brownley, Hurwitz y Schneiderman, 2000).

La ansiedad asociada a la producción de enfermedades destaca que durante mucho tiempo, se le ha considerado como un rasgo de personalidad (conducta tipo A o conducta de propensión a la enfermedad coronaria). De allí que se considere que, sea probablemente la ansiedad la emoción más importante experimentada en situaciones estresantes.

Para explicar las diferencias individuales de la ansiedad bajo condiciones de estrés, es necesario distinguir el uso de los conceptos ansiedad rasgo y ansiedad estado, como lo propusieron en su trabajo Spielberger y Díaz Guerrero (1975). Esta teoría estipula que la gente que experimenta altos niveles de ansiedad rasgo, mostrará tensión significativa en situaciones específicas y los individuos que sienten ansiedad estado, experimentan tensión permanente como característica de personalidad (Endler y Edwards, 1982; Eysenck y Eysenck, 1985; Spielberger, Goruch y Lushene, 1970; citados por Bolger, 1990).

Desde otro ángulo de estudio, el estrés ambiental es comúnmente definido como las circunstancias que demandan cambios y adaptación (Schroeder y Costa, 1984). Dentro de este campo, el estrés tiende a ser evaluado en términos de una suma de cambios importantes acerca de los eventos que se han vivido.

Puesto que la ansiedad es un estado de tensión a veces constante, a veces transitorio, estimula a tomar las medidas necesarias para lograr alivio. Una forma de intentar aliviar el sufrimiento es avanzar en contra de él, aprendiendo de él; pero esto no es fácil en ninguna etapa de la vida, sobre todo, cuando sobrevienen enfermedades graves.

Muchos de los factores responsables de una serie de manifestaciones iniciales de las enfermedades cardiovasculares también juegan un papel en la progresión y recurrencia de eventos agudos, incluyendo hiperlipidemia, hiperglicemia y consumo de nicotina. De manera interesante, algunos pacientes consistentemente identifican además al estrés como causa fundamental de las enfermedades del corazón. La reacción cardiovascular al estrés ha estado a la vanguardia en las investigaciones de factores de riesgo desde que el Instituto Nacional del Corazón y Pulmones (1981) hizo aportaciones importantes sobre el modelo de conducta tipo A (Panel, Modelo de conducta tipo A y enfermedad

coronaria, 1981). Consecuentemente, las investigaciones de los últimos 15 años se han focalizado en general en la evidencia de modelos que especifican cómo este tipo de reacciones provocan procesos patofisiológicos que resultan en enfermedades. Se acordó entonces que la enfermedad cardiovascular al estrés parece ser una característica estable de los individuos (Manuck, Kasprovicz, Monroe, Larkin, Kaplan, 1989).

Las formas de reacción al estrés típicamente responden a uno o más de los siguientes estímulos estandarizados cognitivo-conductuales: la exposición a estímulos nocivos (exámenes de cambios de temperatura); tareas psicomotoras o cognitivas (contestar exámenes, ejercicios de destreza mental y llevar a cabo operaciones aritméticas). Las variaciones en la reacción a estos estímulos involucran manipular situaciones de demanda que evocan respuestas caracterizadas por un tipo de enfrentamiento activo contra otro pasivo, enfrentamiento orientado al problema vs. enfrentamiento orientado a la emoción, así como la manifestación de emociones concomitantes.

De esta manera, se puede observar que cada reacción ante el estrés provoca un distinto perfil de reacción cardiovascular (Manuck, Kasprovicz, Monroe, Larkin y Kaplan, 1989). La reactividad pasiva, como por ejemplo mirar una película de terror o el estar expuesto a los cambios de temperatura, puede evocar variaciones en la presión sanguínea asociada con una actividad alfa-adrenérgica y bradicardia. La reacción activa, como por ejemplo, realizar operaciones mentales, evoca una respuesta beta-adrenérgica asociada con cambios cardiacos elevados y vasodilatación en los músculos esqueléticos. Ambos eventos están relacionados con la reactividad patofisiológica como precursores de la enfermedad coronaria (Menkes, Mathews y Krantz, 1989).

De manera análoga, existe evidencia de la asociación entre reacción cardiovascular y condiciones patofisiológicas, tales como la hipertensión arterial y la enfermedad cardíaca isquémica. El reto que queda por resolver es elucidar el mecanismo patofisiológico que tiene relación con esto. Actualmente, existe información que establece asociación específica entre los procesos aterogénicos y el estrés (Julkunen, Salonen, Kaplan, Chesney y Salonen, 1994); (Stephoe, 1981); (Schneiderman, 1987); situación desencadena el padecimiento de las grandes arterias coronarias.

Otro factor que va de la mano del estrés y las reacciones patofisiológicas es el enfrentamiento. Algunas investigaciones interesantes realizadas sobre psicofisiología, enfrentamiento y respuesta cardiovascular, fueron realizadas por Obrist y sus colaboradores (1981; en Lazarus y Folkman, 1986), en particular sobre su trabajo concerniente a enfrentamiento activo, en contraste con el enfrentamiento pasivo. Estos autores sugieren de forma contundente que el enfrentamiento activo es un mediador importante en los cambios cardiovasculares regulados por el sistema nervioso simpático.

Lazarus y Folkman (1986) presentaron ejemplos de rasgos que se han identificado con el enfrentamiento: represión-sensibilización, mal humor y buen humor, afrontamiento-evitación o control-brusquedad.

Los estilos de enfrentamiento generales ante las enfermedades cardíacas que se han encontrado en la literatura, son los que cita Livneh (1999): afectividad negativa, inhibición y represión; enfrentamiento orientado al problema y a la emoción, Lazarus y Folkman (1984); optimismo-pesimismo (Scheier, Weintraub y Carver, 1986, en Lazarus, 1993); el vigilante contra el evitativo (Colman, Ring, Carroll, Mohiyeddini y Bennet (2001), por mencionar algunos.

Algunas experiencias emocionales ante situaciones que generan tensión y que implican cambios en el estilo de vida, tales como pérdidas, divorcios, conflictos maritales, familiares, sociales laborales, inevitablemente traen consigo dolor; siendo que “el dolor, es junto con la muerte, la experiencia humana mejor compartida, ningún privilegiado reivindica su ignorancia o se vanagloria de conocerla mejor que cualquiera. El dolor quiebra la unidad vital del hombre, que tan evidentemente resulta cuando goza de buena salud y confiando en sus fuerzas, olvida las raíces físicas de su existencia, cuando ningún obstáculo se interpone entre sus proyectos y el mundo. En efecto, en la vida cotidiana, el cuerpo se vuelve invisible, dócil, su densidad se difumina en la ritualidad social y en la incansable repetición de situaciones cercanas unas de otras. El hecho de que el cuerpo escape a la atención del individuo condujo a René Leriche a definir la salud como: la vida en el silencio de los órganos” (Le Breton, 1999, p.23-24).

Por eso el dolor emocional es una de las experiencias máximas que trae consigo consecuencias que pueden resultar en ocasiones, irreversibles para la vida humana.

Por otra parte, estudios que se han realizado sobre la relación de factores psicosociales y enfermedad coronaria, (Haynes, Feinleib, Levine, Scotch y Kannel, 1978), trabajaron con una muestra conformada por 1822 personas entre 45 y 77 años de edad, se evaluó la prevalencia de 20 escalas psicosociales con enfermedad coronaria. Las mujeres (45-64 años) con enfermedad coronaria, calificaron más alto en la escala de conducta tipo A de Framingham y en la escala de síntomas de labilidad emocional, preocupación por el envejecimiento, tensión y enojo, en relación a las mujeres que no tenían esta enfermedad. La prevalencia de la enfermedad cardiovascular fue significativamente más alta en las mujeres trabajadoras y amas de casa clasificadas como tipo A que en las clasificadas como tipo B. Entre los hombres que tenían menos de 65 años, la

conducta tipo A de Framingham, las preocupaciones por el envejecimiento, el estrés cotidiano y la tensión, se asociaron con la prevalencia del infarto del miocardio. Para los hombres y las mujeres mayores de 65 años, las insatisfacciones y desacuerdos maritales estuvieron significativamente relacionados con la prevalencia de la enfermedad coronaria. Entre las mujeres que tenían menos de 65 años, la conducta tipo A y la labilidad emocional, quedaron como discriminadores significativos de la enfermedad cardiovascular.

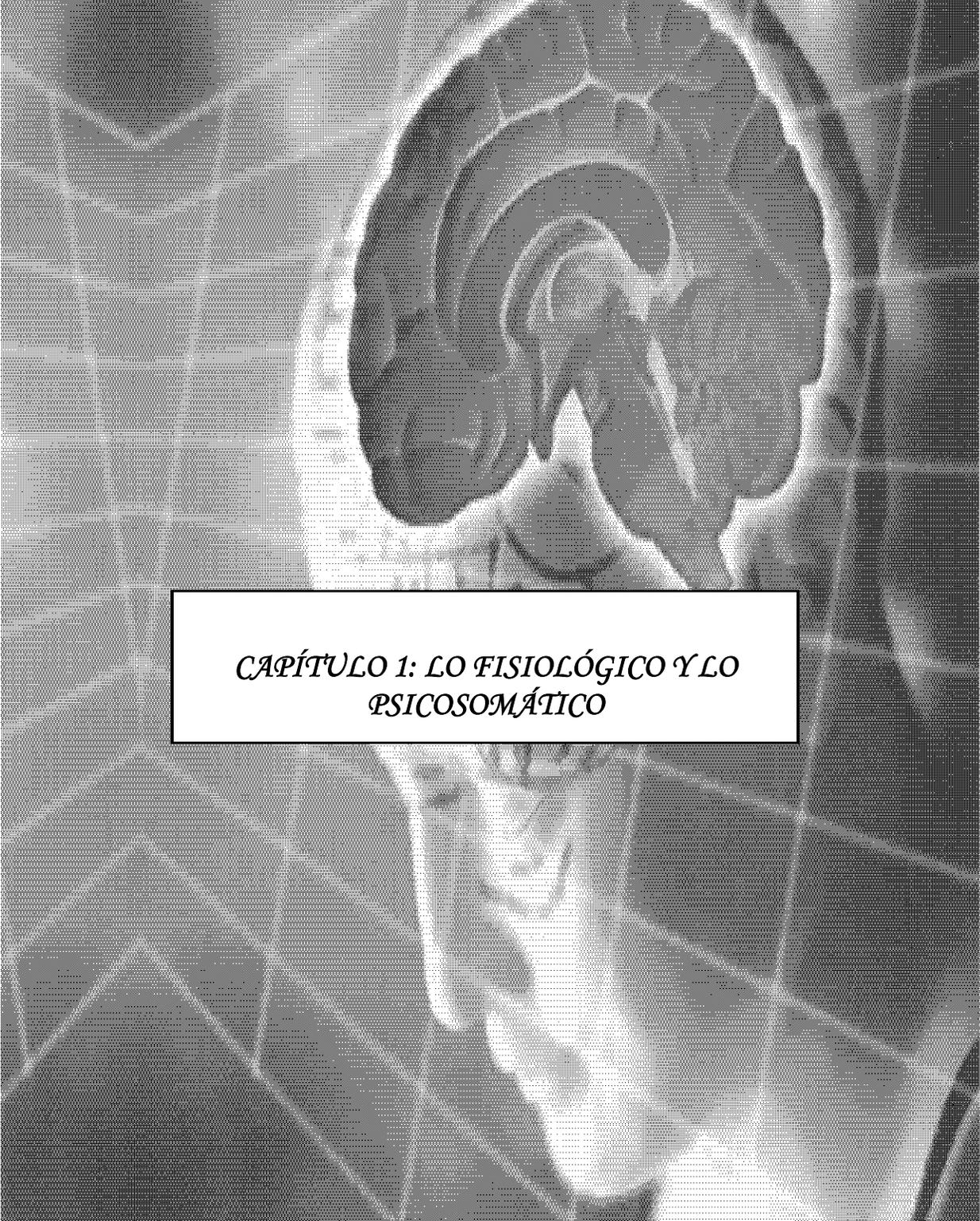
Con respecto a la manera en cómo influye el ambiente laboral en las enfermedades, específicamente en la coronaria, Steptoe (1981) comentó que Menotti y Seccareccia en 1980, realizaron una investigación concerniente a la actividad física y la responsabilidad laboral como factores de riesgo en la enfermedad del corazón y otras causas de muerte. Se trabajó con un total de 99020 empleados varones entre 40 y 59 años de edad, del sistema ferroviario italiano, en tres niveles de actividad física y en tres niveles de responsabilidad laboral como factores de riesgo de enfermedad cardíaca con consecuencias fatales. Se realizó un seguimiento durante cinco años y concluyeron que la alta responsabilidad laboral correlacionó con la aparición de bronquitis letal crónica y muertes violentas.

Littman (1993) al estudiar los aspectos psicosomáticos de la enfermedad cardiovascular, comentó que la presencia de estados emocionales tales como enojo, impaciencia, preocupación y sufrimiento emocional, en pacientes con enfermedad coronaria están bien documentados. Por ejemplo la existencia de reportes clínicos ha revelado que tales estados emocionales tienen un impacto significativo en la precipitación de eventos cardíacos. El primero de estos factores es el estrés que viven las personas. A pesar de lo anterior, agregó que la exposición a priori a estos estresores, no es un elemento suficiente para inducir a cambios patofisiológicos como para que se presente la enfermedad

coronaria. La vulnerabilidad a las enfermedades que puede producir un estresor particular, así como también los recursos de enfrentamiento, también coadyuvan a la precipitación de dicho evento.

Finalmente, bajo esta óptica, es menester poner especial atención en este padecimiento, ya que su comprensión podrá permitir actuar de manera oportuna (tanto a nivel médico como psicológico) para lograr disminuir los índices de morbilidad y mortalidad cardíaca que tanto inciden en el mundo y en nuestro país.

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*



*CAPÍTULO 1: LO FISIOLÓGICO Y LO
PSICOSOMÁTICO*

LO FISIOLÓGICO Y LO PSICOSOMÁTICO.

“La piel humana separa al mundo en dos espacios; el lado del color y el lado del dolor”.

Paul Valery

1.1 Breve historia sobre las teorías fisiológicas y filosóficas acerca de la unidad soma-psyque.

LA UNIDAD SOMA-PSIQUE.

TEORÍAS FILOSÓFICAS.

Para poder entender el sustrato psicológico que precede a la manifestación de algunas enfermedades, tales como las del corazón, es necesario exponer unas cuantas posturas de los autores de la medicina psicosomática. La hipótesis de base de la medicina psicosomática es la unidad funcional soma-psyque.

El estudio de la historia de la filosofía muestra que la interacción de estos dos principios, cuerpo y alma, soma-psyque, ha sido objeto de reflexión constante desde Anaxágoras, hacia los años 500-428 antes de nuestra era, que hizo la distinción entre psyque y soma. Este dualismo lo mantuvo Platón (427-347 antes de nuestra era) y lo retomó y reelaboró el hylomorfismo de Aristóteles (384-322), según el cual el alma da la forma (morphé) al cuerpo (hylé, materia), siendo el primero el principio vital del segundo, que era concebido en una unidad estrecha con el psiquismo (una unidad sustancial). La filosofía aristotélica se hizo predominante en la edad media bajo la forma del sistema de Santo Tomás de

Aquino (tomismo). Más tarde, con Descartes, el dualismo, lejos de desaparecer se acentuó y quedó fijado. Paralelamente desde la antigüedad existieron

tendencias unitarias (por ejemplo, Demócrito hizo una interpretación materialista y atomística de los fenómenos psíquicos) las cuales en una forma u otra se manifestaron y reforzaron a partir del siglo XVIII: empirismo: Hobbes (1588-1679); Locke (1632-1704); Berkeley (1685-1753); Hume (1711-1776); asociacionismo: J.S. Mill (1806-1873); y por último, en el siglo XX, el positivismo y el materialismo, el neopositivismo en sus diferentes formas y derivados de nuevo hacen hincapié en la unidad del hombre. La teoría de Leibniz (1646-1716) considera que el alma y el cuerpo son como dos relojes que funcionan independientemente entre sí en una armonía preestablecida. (Haynal y Pasini, 1980).

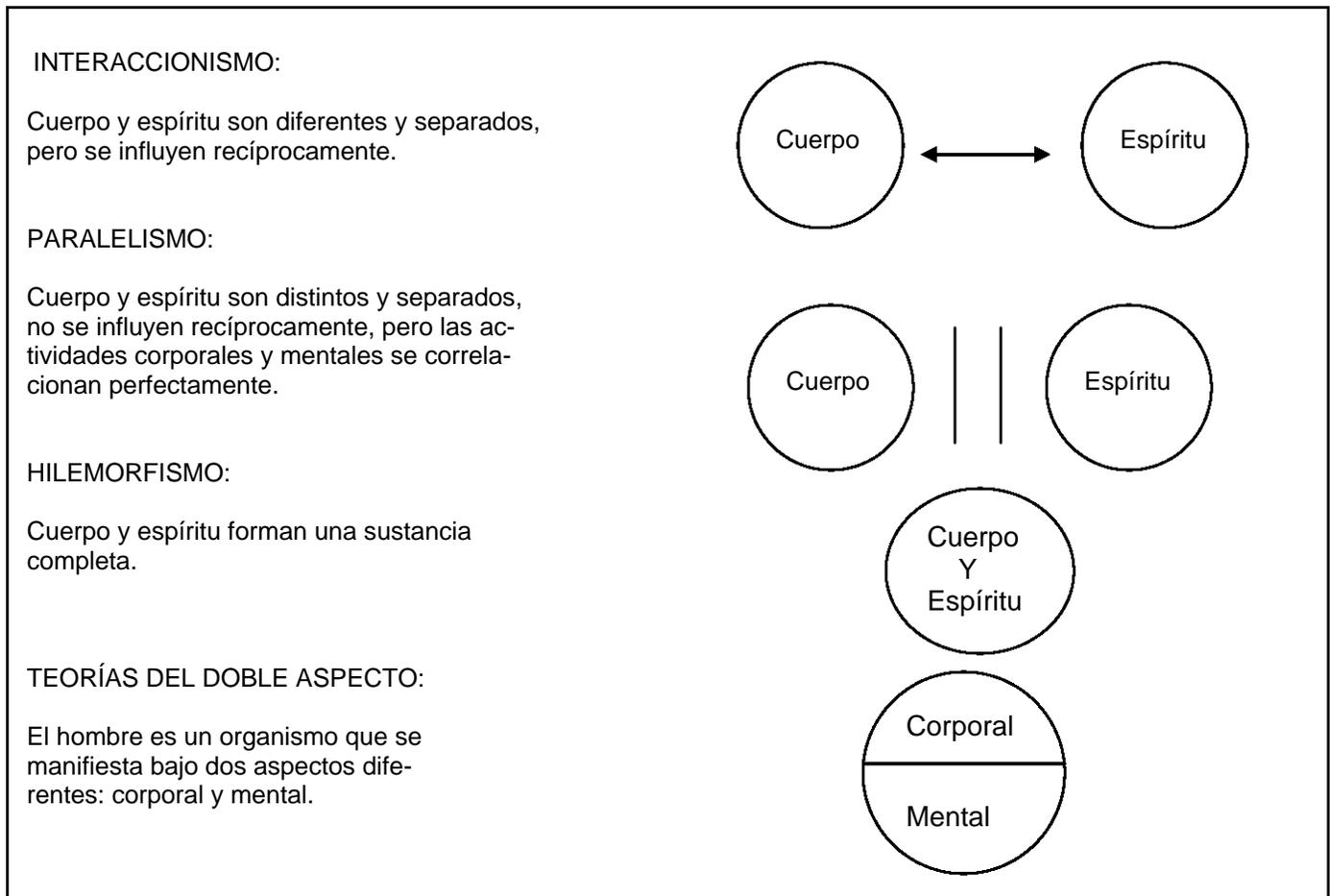
Como se puede observar, las posturas antiguas sobre la relación soma-psyque se basan en una relación estrecha entre ambos elementos, en el intento de explicar la naturaleza humana.

El reconocimiento filosófico y científico de la unidad funcional soma-psyque ha sido una de las condiciones previas para que se insertaran en el ámbito científico aquellas posturas que dieron origen a la medicina psicosomática. Algunos de esos métodos procedían de la psicología experimental, de laboratorio, del psicoanálisis, del aprendizaje (Haynal y Pasini, 1980).

Estas teorías, junto con otras nuevas, intentaron explicar las dos dimensiones: cuerpo-espíritu. Algunas de ellas basadas en un modelo de relación interactivo, otras de separación y otras de inclusión, y sentaron precedente para que las investigaciones psicosomáticas ulteriores crearan una serie de planteamientos hipotéticos, convertidos actualmente en modelos explicativos o teorías que han dado a conocer cómo es la relación cuerpo-espíritu, soma-psyque.

Las principales teorías que se desprenden de la relación cuerpo-espíritu son:

DIAGRAMA 1: PRINCIPALES TEORÍAS CUERPO-ESPÍRITU



Fuente: Haynal y Pasini (1980).

Para los tiempos más modernos, el término “psicosomático” data desde la época temprana de 1800. Este concepto ha sido encontrado desde el siglo XIX en los escritos del autor alemán Johann Christian Heinroth y del psiquiatra británico John Charles Bucknill. Además el término “psicofisiológico” fue de uso común hacia fines de 1800 y fue usado en asociación con los trabajos científicos de Ivan Petrovich Pavlov y Walter Cannon, en donde la palabra psicosomático fue

raramente utilizada antes del año de 1930. Así mismo, la frase “medicina psicosomática” fue aparentemente introducida por Felix Deutsch en 1922; pero

fue Helen Flanders Dunbar quien estableció y usó el término de manera formal en el área de investigación científica (Kaplan y Sadock, 1995).

En los años 40, bajo la influencia de Alexander y de la escuela de Chicago, al investigar perfiles específicos de la personalidad como origen de enfermedades psicosomáticas determinadas, hubo un cambio en la forma de mirar al sujeto: se le dio importancia a la psicología del paciente, donde se incluían las consecuencias de las sensaciones corporales sobre el psiquismo, tanto en la patogenia como en las consecuencias psicosomáticas, los perfiles de personalidad ante cierto tipo de enfermedades y las situaciones que producían los padecimientos físicos en las personas. Este enfoque fue más integral, ya que comprendía el sentir del individuo, a diferencia del planteamiento de las primeras teorías (Haynal y Pasini, 1980).

Lo psicosomático se caracteriza porque pretende dar todas las explicaciones procedentes de diversos enfoques en relación a la manifestación de una enfermedad; por ejemplo, el hecho de practicar al enfermo exámenes clínicos, pruebas de laboratorio, observación de la relación médico-enfermo, expresiones psíquicas del enfermo, antecedentes familiares, hereditarios, historia laboral, hechos significativos en su vida, influencia de su medio, apoyo social, etc, a manera de red, con la finalidad de obtener la información más completa posible; de allí la importancia de la participación de otros campos de conocimiento y del enfoque multidisciplinario, que es otro punto de apoyo de la medicina psicosomática actual. Así mismo, las experiencias emocionales determinan el enlace entre los fenómenos psíquicos y los somáticos. La evaluación de la historia de vida de las personas, la incidencia de enfermedades, la actitud ante ellas, los momentos de cambio, y las formas de contender con todo esto, son

eventos que tienen que ver con modificaciones que suceden en el mundo externo, lo que necesariamente implica una serie de ajustes en el individuo.

En otros intentos de dar una explicación a los fenómenos psicosomáticos, Vera (1994) retoma las ideas de Franz Alexander y sostiene que el problema de la psicogénesis está enlazado con la vieja dicotomía psique versus soma, explicando que son los procesos psicológicos que tienen que ver con excitaciones del sistema nervioso y que pueden ser estudiados por la psicología, en función de que son percibidos subjetivamente en forma de emociones. Comenta además, que el fenómeno psicológico y somático tiene lugar en el mismo organismo y son dos aspectos que pertenecen al mismo proceso.

Para Kaplan y Sadock (1995), la medicina psicosomática constituye un área de investigación científica, la cual concierne a la relación entre los factores psicológicos y fenómenos fisiológicos en general y a su relevancia en la patogénesis de las enfermedades.

Desde el punto de vista del funcionamiento corporal, Vera (1994) señala que Franz Alexander sostuvo que existen funciones fisiológicas que son afectadas por influencias psicológicas, a saber:

- *Comportamiento voluntario
- *Inervaciones expresivas
- *Respuestas vegetativas a estados emocionales.

Todas ellas tienen que ver con las respuestas que da el organismo ante la percepción de estímulos y se relacionan con una determinada descarga

emocional al involucrar estos sistemas. Por lo tanto, se habla de una relación psicofisiológica.

Ahora bien, para dar una explicación más completa sobre el estudio de la relación cuerpo-mente, es menester añadir una explicación sobre las teorías que dan cuenta del funcionamiento del organismo humano como un todo:

1.2 TEORIAS PSICOFISIOLÓGICAS:

Como se ha señalado con anterioridad, el interés por el estudio de la conducta humana a través de bases psicofisiológicas, data de épocas pasadas. Cada uno de los autores que a continuación se citan, realizó una aportación importante para la comprensión de la relación mente-cuerpo, tanto desde el punto de vista psicoanalítico como psicofisiológico:

CUADRO 1: PRINCIPALES TEORIAS PSICOFISIOLÓGICAS SEGÚN SU TIPO DE ABORDAJE.

ABORDAJE PSICOANALÍTICO:

AUTOR	POSTULADO TEORICO
Sigmund Freud (1900)	Lo somático ocurre a través de la histeria de conversión, la cual, tiene una causa psíquica primaria expresada en el cuerpo y cuyo significado se representa en la sustitución simbólica de un conflicto inconsciente
Sandor Ferenczi (1910)	El concepto de histeria de conversión es aplicado a órganos inervados por el sistema nervioso autónomo (SNA). (Enfermedades como la colitis son conocidas hoy en día como psicósomáticas y que ocurren en órganos que son inervados por el SNA).
Franz Alexander (1934) (1968)	Los síntomas psicósomáticos ocurren únicamente en órganos inervados por el sistema nervioso autónomo y no tienen un significado psíquico específico (como la histeria de conversión), pero culminan en resultados de estados fisiológicos prolongados, acompañados de ciertos conflictos inconscientes específicos. Agrega que la energía psíquica reprimida es descargada fisiológicamente.
Helen Flanders Dunbar	Sus ideas son similares a la teoría del modelo de conducta tipo A de Meyer Friedman (1959). Agrega que un tipo de personalidad específico está asociado con enfermedades psicósomáticas

(1936)	específicas.
Peter Sifneos, John C. Nemiah (1970)	Ellos elaboraron el concepto de alexitimia. Postulan que la incapacidad e inhabilidad para expresar las emociones relacionadas a un conflicto, traen como consecuencia la formación de síntomas psicósomáticos en el individuo.

Fuente: Kaplan y Sadock (1995).

Desde la perspectiva psicofisiológica se reporta lo siguiente:

CUADRO 1 (CONTINUACIÓN): PRINCIPALES TEORÍAS PSICOFISIOLÓGICAS SEGÚN SU TIPO DE ABORDAJE.

ABORDAJE PSICOFISIOLOGICO:

AUTOR	POSTULADO TEÓRICO
Walter Cannon (1927)	Demostó la importancia del rol que juega el sistema nervioso autónomo y los concomitantes fisiológicos en la expresión de algunas emociones como respuesta a ciertos estímulos.
Hans Selye (1945)	Demostó que bajo situaciones de estrés o tensión, se desarrolla en el individuo un síndrome general de adaptación. Las hormonas adreno-corticales son las responsables de las reacciones fisiológicas correspondientes.
John Mason (1968)	Enfatizó el lugar que tienen las respuestas emocionales y fisiológicas de los individuos en relación al estrés, así como el rol que juegan las variables psicológicas que intervienen como elementos clave en la regulación de la tensión que se experimenta. Los conceptos de Mason son antecedentes de la teoría de Richard Lazarus (1984) sobre la evaluación cognitiva que hace la persona como reacción ante la percepción de un estímulo estresante.
Meyer Friedman (1959)	Promulgó la teoría de la personalidad tipo A como un factor de riesgo para la enfermedad coronaria. Este concepto ha predominado en muchas de las investigaciones psicósomáticas. El concepto básico fue introducido por Helen Flanders Dunbar en 1936.

Fuente: Kaplan y Sadock (1995).

La importancia de las teorías fisiológicas en la literatura psicológica sobre las emociones y el estrés, se ha basado en las aportaciones que han hecho en este campo diversos autores: Brailowsky (1998), Easterbrook (1959), López (1980),

Selye (1962) y Alexander (1968) (en Haynal y Pasini, 1980), (Cannon, 1927; en Kaplan y Sadock, 1995); Schneider (1988), Vera (1994), por citar algunos, en el vínculo entre el funcionamiento de los órganos del cuerpo y sus formas de responder a los estímulos del medio, los cuales han explicado la relación que existe entre emociones-organismo-estrés.

Un problema central en la psicofisiología es intentar explicar, establecer y demostrar la relación entre las manifestaciones emocionales de la conducta y su base morfológica y funcional (López, 1980).

Entre los precursores en el área de la psicofisiología, figura el fisiólogo Walter Cannon, quien en el año de 1927 demostró la importancia del papel que juega el sistema nervioso autónomo y los concomitantes fisiológicos en la expresión de algunas emociones como respuesta a ciertos estímulos (Kaplan y Sadock, 1995).

Se debe a este autor el mérito de ser el primero, junto con sus colaboradores, en evidenciar ciertas lesiones como la úlcera, en animales expuestos a estímulos del mundo exterior. De manera análoga, los estudios experimentales de Hans Selye demostraron que los estímulos emocionales crónicos, como los crónicos de naturaleza infecciosa, tóxica o traumática, pueden ocasionar trastornos funcionales reproducibles y lesiones orgánicas tales como la hipertensión o la úlcera. Estas teorías, en particular la de Selye, han construido un primer modelo que ha permitido, junto con la exploración de las regulaciones diencefálicas, del sistema nervioso autónomo y del sistema neuro-endócrino, trazar una base neurofisiológica para el estudio de la medicina psicosomática, y sobre todo, proporcionan un modelo explicativo sobre las bases biológicas de las respuestas

emocionales de los individuos ante la percepción de ciertos estímulos (Haynal y Pasini, 1980).

Cannon (1920, en Schneider, 1988) también explicó que a través del sistema nervioso autónomo las emociones tienen una repercusión sobre el sistema cardiovascular de las personas, estableciendo así una relación importante entre el estrés y el desarrollo de enfermedades coronarias.

Años más tarde, este mismo autor (1939; en López, 1980) señaló la importancia del funcionamiento del sistema simpático en la expresión de la emoción. Reportó

que en condiciones de emergencia en que el organismo en conjunto se prepara para responder, por ejemplo durante los estados extremos de enojo o miedo, se activa el simpático, inhibiéndose al mismo tiempo el sistema parasimpático. Esto implica la preparación de los músculos del organismo para desarrollar el esfuerzo adecuado, lo cual es favorecido por la liberación de sustancias como la epinefrina, la cual, pone en acción el glucógeno del hígado hacia los músculos.

Un ejemplo de ello aparece en la asociación de la aterosclerosis coronaria y el estrés: cerca del 50% de la mortalidad en las sociedades occidentales se atribuyen a la enfermedad por aterosclerosis. Ésta resulta de una acumulación de depósitos de lípidos alrededor de las paredes de los vasos sanguíneos, especialmente del corazón. Las placas tienden a desarrollarse en sitios donde ha ocurrido un daño vascular y la patogénesis de este daño ha sido ligada a la agregación de plaquetas. Los depósitos de lípidos restringen el flujo sanguíneo y la transportación de oxígeno a los diferentes órganos del cuerpo y de esta manera, pueden bloquear los vasos, donde el resultado es el dolor manifestado en la isquemia coronaria, que es la falta de oxígeno en algún tejido provocando su muerte, y dependiendo del lugar donde ésta se presente, el infarto puede ser agudo o no.

Con estudios sobre la evidencia de la participación de factores biológicos, específicamente en la enfermedad coronaria, Taylor (1981), encontraron que la producción de catecolaminas aumenta como respuesta al estrés emocional. Las catecolaminas incrementan la lipólisis de los triglicéridos y producen que los niveles de circulación de los ácidos grasos cuando no son consumidos por los requerimientos metabólicos del organismo, sean convertidos en triglicéridos a través del hígado. Así, con niveles altos en grasas, se fomenta el depósito de lípidos en las paredes de los vasos. Se podría pensar de esta manera, que este acontecer llega a ser un precursor de la aterosclerosis y factor de riesgo importante para el desarrollo de las enfermedades coronarias.

Es necesario recordar que las catecolaminas son sustancias que se localizan en el sistema nervioso central y que tienen una participación específica en el organismo a nivel de neurotransmisores de las células nerviosas.

Las tres principales son: adrenalina, noradrenalina y dopamina. Brailowsky (1998), sin embargo, otros autores como Figueroa y Figueroa (1999), sostienen que estas sustancias más bien son la epinefrina, norepinefrina y la dopamina. Lo importante es que cada una de ellas juega un papel principal en las respuestas del organismo ante eventos emocionales de alta intensidad.

Por su parte, Schneider (1988) sostuvo que existen una serie de síntomas asociados a la enfermedad cardiovascular, los cuales aparecen por la liberación de las catecolaminas en el organismo ante situaciones de estrés emocional. Estos síntomas son: aceleración del ritmo cardiaco, y con ello, el aumento de la demanda cardiaca y su consumo de oxígeno para un buen funcionamiento; con ello se incrementa la presión arterial y se ponen en acción muchos órganos del cuerpo como el hígado, las glándulas suprarrenales, etc, con la finalidad de responder a tales situaciones de tensión.

López (1980) menciona que Gellhorn y Loofbourrow en 1963, destacaron la importancia del hipotálamo en la integración emocional. Estos investigadores postularon que normalmente existe un equilibrio en la actividad entre los sistemas simpático y parasimpático, y que la alteración de dicho equilibrio está asociada con modificaciones en el estado emocional. En los casos de estados emocionales de moderada intensidad, la descarga hipotalámica se hace predominantemente a través del simpático o del parasimpático, pero cuando la excitación emocional llega a ser muy intensa, entonces la descarga no se concentra en un solo sistema. Consideran que el grado en que esa falta de homeostasis llega a suceder está relacionada con la cualidad y la intensidad de la emoción que experimenta el individuo.

Estos autores sostuvieron también que las influencias inhibitoras están vinculadas con la activación parasimpática, a la cual se atribuyen las emociones placenteras, y que la excitación está en relación con el hipotálamo posterior, que da origen a descargas del simpático, asociadas a estados emocionales desagradables.

Haciendo referencia a la emoción como concepto, Grossman en 1967 comenta que éste es de naturaleza abstracta y que explica la variedad de fenómenos que ocurren en distintas situaciones. "Los estados emocionales son las condiciones en que se experimentan sensaciones subjetivas determinadas por cambios producidos por una gran variedad de estímulos, que pueden ser o no acompañados de manifestaciones externas" (p.591). De allí que es importante subrayar que el componente emocional esté formado por un binomio: de la experiencia subjetiva y de su expresión (López, 1980).

Wielgosz y Nolan (2000) comentan que el control y la prevención de las enfermedades cardiovasculares, depende de un acercamiento multidisciplinario

que tome en cuenta la importancia de los estilos de vida de las personas manifestados en la conducta. Agregan que un modelo de conducta tipo A por ejemplo, que también es conocida como la conducta de propensión a infarto, incluye dentro de sus características significativas la hostilidad, el cinismo y la represión del enojo, así como también una alta reactividad al estrés, la depresión y el aislamiento social, las cuales son factores bioconductuales que contribuyen al desarrollo de enfermedades coronarias.

¿Cómo se entienden los mecanismos anteriores?, ¿Cómo es que la fisiología se relaciona tan estrechamente a la psicología?, ¿a las enfermedades?, ¿Qué parte del organismo humano regula todo lo anterior?

El sistema maestro que interviene para que todos los procesos anteriores se lleven a cabo en materia de recepción de estímulos y emisión de respuestas del organismo, es el sistema nervioso central.

1.3 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

“El sistema nervioso es el conjunto de estructuras funcionalmente especializadas mediante las cuales el organismo responde adecuadamente a los estímulos que recibe, tanto del medio externo como del medio interno. De dicha adecuación depende la posibilidad de adaptación al ambiente y por tanto, la supervivencia”. (López, 1980, p. 5).

Esos estímulos consisten en cambios de energía que ocurren en el medio y pueden ser: físicos: (térmicos, mecánicos, electromagnéticos), y químicos; su conjunto constituye la información que el organismo recibe y a la cual tiene que responder de diferentes formas (López, 1980).

La información que se codifica en descargas de impulsos, debe ser llevada a los centros nerviosos donde debe procesarse e interpretarse, o sea, debe ser integrada. La conducción de esa información se hace a nivel neuronal, a través

de neuronas aferentes que transmiten los impulsos desde los receptores hasta ciertas partes del sistema nervioso central, donde la información se recibe y se distribuye para la organización de reacciones a diferentes niveles. El conjunto de estas neuronas constituye el nivel de aferentación.

En cuanto la información ha llegado a los centros, se somete a un proceso de análisis y síntesis, para luego proceder a la interpretación y utilizarla para elaborar reacciones simples y complejas, entre ellas las funciones intelectuales y expresiones emocionales.

El Sistema Nervioso se divide en:

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Está constituido por el cerebro, por el encéfalo, contenido en el cráneo y la médula espinal alojada en el conducto

raquídeo. Se denomina central en relación con el Sistema Nervioso Autónomo, (SNA), periférico o vegetativo.

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO: Se encuentra formado por los nervios espinales y craneales, neuronas aferentes y eferentes, neuronas somáticas y viscerales. Los componentes viscerales del sistema nervioso periférico y los ganglios paravertebrales, prevertebrales y paraviscerales; ellos asociados constituyen el sistema neurovegetativo, que se subdivide en parasimpático y simpático e interviene en la regulación de la actividad de las vísceras. (López, 1980).

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

Se le llama “autónomo” porque tiene “autonomía”, es decir, no se encuentra bajo el control de la voluntad. La función de este sistema es motora (conduce impulsos centrífugos), el mismo puede ser dividido en dos grandes partes:

El “simpático” y el “parasimpático”. En términos generales, estas partes difieren en su 1) anatomía, 2) función, 3) reacción a las drogas, y 4) química de la activación (Wolfson, 1967).

El Sistema Nervioso Autónomo se encarga de la regulación del corazón, los vasos sanguíneos, las glándulas, las vísceras y el músculo liso vascular.

En muchos casos, tanto el sistema simpático como el parasimpático se comportan como antagonistas fisiológicos es decir, cuando un sistema estimula a un órgano el otro lo inhibe, por ejemplo:

CUADRO 2. FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS SIMPATICO Y PARASIMPATICO.

Función /Estructura	Simpático	Parasimpático
Frecuencia Cardiaca	Aumenta	Disminuye
Frecuencia Respiratoria	Aumenta	Disminuye
Vasos sanguíneos en la Piel	Constricción	Dilatación

Las funciones generales del SNA son controlar funciones inconscientes de gran importancia para el organismo tales como el control de la temperatura, la presión arterial, el nivel de azúcar en la sangre, los procesos digestivos, la actividad glandular, etc; en resumen, se encarga de la regulación del medio interno y su equilibrio.

Por lo tanto, la intervención del sistema nervioso en los procesos fisiológicos determinados por los psicológicos a consecuencia de cambios en el medio, registrados como emociones por el individuo, generan un patrón de respuestas biológicamente homeostático y psicológicamente adaptativo; pero dependerá de la evaluación subjetiva que hagan las personas para dar respuesta a esos estímulos y así no desarrollar enfermedades crónico-degenerativas cuando existe una mala adaptación, desarrollando enfermedades cardiacas.

1.4 FISIOLÓGÍA DE LAS EMOCIONES

1.4.1 PSICOFISIOLOGÍA

La psicofisiología es el área de la psicología que investiga los cambios en la actividad de los sistemas fisiológicos causados por estímulos psicológicos.

Andreassi (1989) proporciona una definición, y dice que: “es el estudio de las relaciones entre manipulaciones psicológicas y las respuestas fisiológicas resultantes medidas en un organismo viviente, para promover el entendimiento de la relación entre los procesos mentales y corporales”. Los cambios en la actividad psicofisiológica causados por estresores psicológicos pueden ser expresados como reactividad psicofisiológica.

Desde hace mucho tiempo, ha sido de gran relevancia el estudio del componente fisiológico de las emociones. Hace más de cincuenta años, el fisiólogo norteamericano Walter Cannon lanzó la opinión de que las respuestas

fisiológicas que acompañan a las emociones generan energía a los organismos para hacer frente a las emergencias. Con base en sus propios estudios, daba por supuesto que el dolor, la ira o el temor producían cambios corporales específicos que preparaban al organismo para hacer frente a los desafíos. (Davidoff, 1984).

De esta manera, en la práctica, cuando existe hiperactividad del sistema nervioso autónomo, una serie de respuestas suelen manifestarse en cambios repentinos que se registran en el organismo: taquicardia, palidez o rubefacción cambiantes, sudor frío, piloerección, dilatación pupilar, sensación de miedo, angustia, hiperventilación, malestar torácico “angionoide”, náuseas, etc. En un grado extremo y desde el punto de vista patológico, será necesario poner especial atención cuando las personas experimentan ya cambios en el patrón de

sueño e insomnio, ansiedad excesiva, depresión inexplicable, preocupaciones sobre el trabajo u hogar, sentimientos de frustración, nerviosismo anormal, etc. (Chávez, 1982).

De manera esquemática, puede observarse en la siguiente figura del cuerpo humano, algunos de los sistemas que se encuentran vinculados fisiológicamente a patrones de respuesta ante el estrés y las emociones: (VER FIGURA 1):

Fig. 1: ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CUERPO HUMANO:



1.4.2 BREVE DESCRIPCIÓN PSICOFISIOLÓGICA:

Para las siguientes descripciones (ver fig. 1). El sistema límbico está compuesto por una serie de neuronas interconectadas dentro del prosencéfalo, e incluye varias estructuras, entre ellas, el hipotálamo. A nivel fisiológico, el hipotálamo activa el sistema nervioso autónomo (1) y el sistema endócrino. Éste, está compuesto por glándulas que segregan sustancias químicas llamadas hormonas que actúan de forma directa en el torrente sanguíneo. A este nivel, tales mensajeros químicos son llevados a diferentes partes del cuerpo para que influyan en las células terminales de respuesta. De esta manera, las hormonas

juegan un papel importante en la regulación del metabolismo, del crecimiento, la sexualidad y las emociones.

Además, la información sensorial pasa por este sistema para viajar posteriormente a la corteza cerebral (1), la cual participa en la identificación, evaluación y toma de decisiones en la recepción de datos sensoriales y conducta. A su vez, la corteza envía mensajes al sistema límbico. Una de las estructuras límbicas, el hipotálamo, es la responsable de activar el sistema nervioso simpático ante cualquier emergencia.

1.4.3 MECANISMO FISIOLÓGICO:

Durante una emoción intensa, las personas por lo regular, manifiestan una serie de sensaciones internas, tales como: aceleración del ritmo cardiaco, (5) pulsaciones rápidas, músculos tensos, sudoración, temblores, enrojecimiento o palidez de la piel, hiperventilación, etc. Estas reacciones competen al sistema nervioso autónomo (SNA), y son autónomas porque allí se originan. El sistema parasimpático se activa cuando los organismos están calmados y en estado de reposo, mientras que el simpático entra en acción cuando surge alguna emergencia, como por ejemplo, cuando aparecen las emociones, movilizandolos recursos del cuerpo para ponerlos en alerta y actuar.

El sistema simpático supervisa muchas actividades; incluyendo: 1) llevar sangre hacia el corazón (5) para que los organismos puedan actuar con rapidez, 2) liberar azúcar de las reservas en el hígado (6) para dotar de energía a los músculos, 4) actúa sobre la respiración, hiperventilando, para que entre mayor cantidad de oxígeno en la sangre y surtir de combustible al cuerpo. Durante las crisis, este sistema también estimula las glándulas suprarrenales.

Estas glándulas también tienen su importancia en situaciones de emergencia: están situadas encima de los riñones, (7) y cuando sobrevienen experiencias que provocan emoción y respuestas rápidas, estas glándulas descargan

hormonas: la adrenalina y la noradrenalina. Estas hormonas se segregan mientras el organismo permanece activo y en estado de alerta, hasta que haya pasado la crisis o hasta que caiga exhausto (Davidoff, 1984). Cabe señalar que tales cambios tienen origen con la estimulación externa, por ejemplo, los estresores, que como se ha estudiado, juegan un papel fundamental en la vida de las personas.

1.5 ESTRÉS, FISIOLÓGÍA Y SISTEMA CARDIOVASCULAR

El estrés y las tensiones cotidianas resultan ser muy peligrosas para la salud. Se cree que muchas muertes repentinas son el resultado de irregularidades cardíacas fatales, las cuales se presentan con mayor facilidad después de la activación constante y prolongada del sistema nervioso simpático.

Ante una situación específica de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios característicos mediados por la activación del sistema nervioso simpático, como anteriormente se explicó. Estos cambios además incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales, lo que produce un aumento en el registro de la presión arterial (Olguín y Sánchez, 2003).

Bajo la influencia de este tipo de situaciones, el corazón y el cerebro como órganos vulnerables, son blanco para sufrir importantes patologías como son: la angina de pecho, el infarto del miocardio o la trombosis cerebral; ello puede desembocar en enfermedades físicas incapacitantes o en la muerte (Olguín y Sánchez, 2003).

Tomando en cuenta a la emotividad como parte de la vida de las personas y sus sistemas orgánicos, Schneider (1988) comenta que desde 1920 Walter Cannon

estableció que a través del sistema nervioso autónomo las emociones tienen un impacto sobre el sistema cardiovascular.

¿Pero de qué manera se relacionan el estrés y las emociones concomitantes con el sistema cardiovascular?

La reactividad cardiovascular examina las alteraciones en la actividad del corazón que suceden como respuesta a las circunstancias ambientales que son consideradas como estresantes. Estas circunstancias pueden ser estresores cotidianos identificables, pero también pueden ser de larga duración (como las jornadas laborales). La reactividad subsecuente a estos eventos se refiere a los cambios en la actividad del ritmo del corazón. Un ejemplo, es el índice de reactividad cardíaca. Su cálculo requiere de una medida de índice cardíaco durante un período de ausencia de estrés, denominado comúnmente línea base y una medida del índice cardíaco durante la ocurrencia de un estresor (Turner, 1994). Cuando el organismo no está sometido a estrés, los latidos del corazón llegan a ser de 70 golpes por minuto y de 100 latidos en el mismo intervalo, durante la presencia de un estresor. Una observación interesante al respecto, es que existe una variación importante en el monto de reactividad en distintos individuos en la misma situación: esto es, una persona puede manifestar una actividad baja donde otra la puede presentar alta. Esto es lo que ha llamado la atención en la investigación en el campo experimental, en virtud de que se ha

planteado la hipótesis de que las respuestas al estrés continuo están relacionadas con el desarrollo de enfermedades cardíacas (Turner, 1994).

Algunos estudios que se han realizado sobre fisiología y estrés apoyan las teorías médicas que hacen referencia al funcionamiento orgánico: en una investigación realizada por Robinson, Corbett y Spurlock (1996), combinaron dos estudios para investigar la reacción ante el estrés en personas que tendían a preocuparse mucho por las cosas y las que no. Los primeros estudios

compararon cambios en la presión sanguínea, cambios en los latidos del corazón y temperatura de la piel, todas estas reacciones provocadas por el estrés mental. El segundo estudio estuvo comprendido dentro del primero, aunque se le agregó otro estresor: baja temperatura. Se trabajó con personas que mostraban mucha preocupación y otras que no ante tales estímulos nocivos. Los resultados de ambos estudios indicaron que durante el estrés mental, las personas que se preocupaban mucho, tuvieron un incremento significativamente mayor en la presión sanguínea sistólica y latidos del corazón que aquellas que no se preocupaban. Esta respuesta particular al estrés mental sugiere que la preocupación puede tener también un concomitante fisiológico. Se piensa que la naturaleza cognitiva de la preocupación influye en el sistema nervioso simpático vía receptores beta-adrenérgicos.

En otras investigaciones, Sturges y Goetsch (1996) midieron las repuestas de sensibilidad a la ansiedad. Éstas se refieren al grado en el cual el individuo teme a los síntomas de la ansiedad por las consecuencias que tienen sobre la salud. La aceleración del ritmo cardiaco y la sensibilidad a nivel fisiológico fueron investigadas en una muestra de 59 mujeres estudiantes. En la investigación se planteó la hipótesis de que las mujeres con baja sensibilidad a la ansiedad comparadas con aquellas que tenían alta sensibilidad durante la administración de pruebas de aritmética mental junto con la ingesta de cafeína podrían mostrar índices cardiacos más altos. Se concluyó que las participantes con mayor

sensibilidad a la ansiedad fueron significativamente más exactas en el conteo de los latidos del corazón.

En otros estudios realizados por Kubzansky y Kawachi (2000) se reporta que las emociones negativas tales como enojo, ansiedad y depresión, tienen repercusiones orgánicas, específicamente una marcada incidencia sobre las

enfermedades cardiacas, las cuales son consideradas como un factor de riesgo importante. El propósito del estudio fue considerar la naturaleza y funcionamiento de éstas con la enfermedad cardiaca y la forma en que incrementan dicho riesgo. Estos autores revisaron la literatura científica al respecto, en el periodo de 1980 a 1998. En sus resultados observaron que existía una relación entre ansiedad y enfermedades cardiacas, mientras la depresión estuvo vinculada a la mortalidad, pero de manera poco significativa a diferencia de estudios similares. Ellos concluyeron, de acuerdo a las teorías que se han desarrollado sobre el estudio de las emociones, que existen fuertes evidencias en la investigación que indican que cuando éstas son negativas, tienen un alto impacto sobre las enfermedades del corazón.

Por tales motivos, los objetivos clínicos del cuidado de la salud son disminuir el malestar (dolor físico o angustia emocional), discapacidad (inhabilidad para realizar actividades de la vida cotidiana) y la muerte (Ketterer, Mahr y Goldberg, 2000).

A menudo el objetivo de las terapias ha sido intervenir sobre la progresión de las enfermedades y muerte. En algunos casos, éstas no surten ningún efecto sobre la enfermedad o los índices de mortalidad de los pacientes.

La idea de que los fenómenos psicológicos (estresores, características de personalidad, estilos de enfrentamiento, emociones) son factores causales que agravan las enfermedades, no es un supuesto nuevo. Sin embargo, existen

cuestionamientos acerca de las creencias convencionales que existen con respecto a las relaciones mente-cuerpo. Tales relaciones podrían ser influidas por factores psicoconductuales, como el componente emocional -el cual causa cambios fisiológicos agudos o crónicos- y que influye en la manifestación de las enfermedades. Por tanto, es bien conocido que los **síntomas de una**

enfermedad son causados o agravados por daño emocional, independientemente del estado actual de la enfermedad manifiesta (Ketterer, Mahr y Goldberg, 2000).

Diversos autores comentaron que ha sido durante la última década que los principios psicosociales han sido aplicados para poder entender los determinantes del estado salud-enfermedad de muchas personas. La investigación sobre los estresores en la vida cotidiana ha ocupado un lugar central en las investigaciones psicosociales de la salud psicológica y somática (Holahan y Moos, 1990).

Las actualizaciones en la literatura sobre los aspectos psicológicos de las enfermedades cardíacas, han hecho que los cardiólogos se den cuenta cada vez más de la importancia de las relaciones mente-cuerpo (Scheidt, 2000). Este mismo autor recalca que existe un acuerdo considerable sobre la evidencia de fuertes asociaciones entre un número de fenómenos psicológicos y enfermedades cardíacas: depresión, enojo y hostilidad, ansiedad, sintomatología de pánico, agotamiento y conducta tipo A.

En sus hallazgos, Scheidt (2000) agrega también que existen mecanismos que participan en la estimulación adrenérgica y producción de plaquetas que pudieran estar relacionados a fenómenos psicológicos; tales como la hipervigilancia, la hostilidad o el enojo; y desórdenes en los sistemas relacionados a la serotonina, probablemente ligados a la depresión o a otras manifestaciones psicológicas. El hecho es que, muchos mecanismos informan o dan indicio de cómo algunos factores psicológicos producen enfermedades fisiológicas, sin embargo, ésta es una de las barreras más importantes en la aceptación de la relevancia que tienen los fenómenos psicológicos en las enfermedades cardíacas.

La importancia de la aceptación de la relación mente-cuerpo significa que la medicina abra sus puertas a los fenómenos psicológicos que tienen injerencia sobre las enfermedades. Por ejemplo, las observaciones clínicas de algunos padecimientos han confiado en que ciertos estilos de personalidad son comúnmente vistos en enfermedades específicas, como lo sostenía Franz Alexander en la época de los 50's, o la exacerbación de síntomas seguidos de un estresor psicosocial, como evidencia de la progresión de la enfermedad (Ketterer, Mahr y Goldberg, 2000).

Las interpretaciones psicoanalíticas sobre los problemas de salud tales como úlceras gástricas, asma, enfermedades de la piel como herpes zoster, vitiligo, ha sido conducida por sus más destacados representantes, desde los tiempos de Freud y el psicoanálisis. Hasta hace algunos años, y derivado de esta postura, se encontraba incluido para su mayor comprensión, un modelo biomédico. Este proponía que todas las enfermedades o desórdenes físicos podían ser explicados en modelos fisiológicos por el padecimiento de cierto tipo de molestias, lo cual resultaba en cambios bioquímicos o infecciones bacteriales o virales. El grupo de desórdenes tales como úlceras, asma, enfermedades de la piel y otras gastrointestinales no sólo podían ser explicados de este modo, sino que debían ser clasificadas como condiciones nerviosas y quejas de origen nervioso, las cuales no tenían una base físicamente observable. Esta diversidad de desórdenes han sido, hasta hace poco referidos como desórdenes psicosomáticos (Turner, 1994). Actualmente pertenecen al campo de estudio de la medicina conductual.

La teoría psicosomática fue históricamente vista bajo la óptica donde los conflictos inconscientes causaban trastornos en el cuerpo. La hipertensión es un ejemplo de ello y se creía que era el resultado de sentimientos de enojo y

hostilidad, en los cuales, los individuos podían haber tenido miedo de expresarlos por sus consecuencias. Actualmente, la medicina psicosomática es un campo muy extenso de investigación concerniente a las interrelaciones entre factores psicológicos y sociales, biológicos y funciones fisiológicas, así como el desarrollo y curso de enfermedades. Algunos estudios corroboran estos enlaces, los que se dan entre la medicina psicosomática tradicional y la moderna y han dado explicaciones claras sobre la conducta del individuo.

Lo antes expuesto permite que los diagnósticos médicos y psicológicos sean más precisos y confiables, ya que existen también medidas objetivas sobre la magnitud de infarto agudo al miocardio, o del grado de progresión de un tumor, lo cual ha hecho posible evaluar las relaciones estrés-enfermedad que pudieron haber intervenido si no se hubiese considerado un diagnóstico completo, permitiéndose así minimizar el error en el juicio clínico (Ketterer, Mahr y Goldberg, 2000).

Existen algunos acercamientos al estudio de las condiciones ambientales adversas en la cardiopatía isquémica: uno de ellos corresponde a identificar eventos de vida que pueden tener un impacto sobre los síntomas clínicos. Además de ello, resulta importante tomar en cuenta la ocupación de las personas y el ambiente social en el que se desenvuelven, los cuales, pueden ser factores crónicos que influyen en el desarrollo de la enfermedad cardiaca. Se ha observado también que cuando las demandas conductuales son continuas, existe en el organismo a nivel neuroendócrino, mayor movilización de sustancias químicas que pueden promover el curso de la aterosclerosis. (Steptoe, 1981)

Al respecto, este autor sigue destacando hallazgos relacionados con lo anterior, por ejemplo; en Israel se realizó una investigación donde se cuestionó a los

participantes sobre sus problemas más recurrentes en cinco esferas psicosociales: la familia, la economía, el trabajo, la relación laboral con sus compañeros y superiores. Todas las áreas antes mencionadas fueron predictoras de la aparición de la angina de pecho. La incidencia de este padecimiento incrementó con la severidad de las dificultades reportadas en cada esfera de la vida.

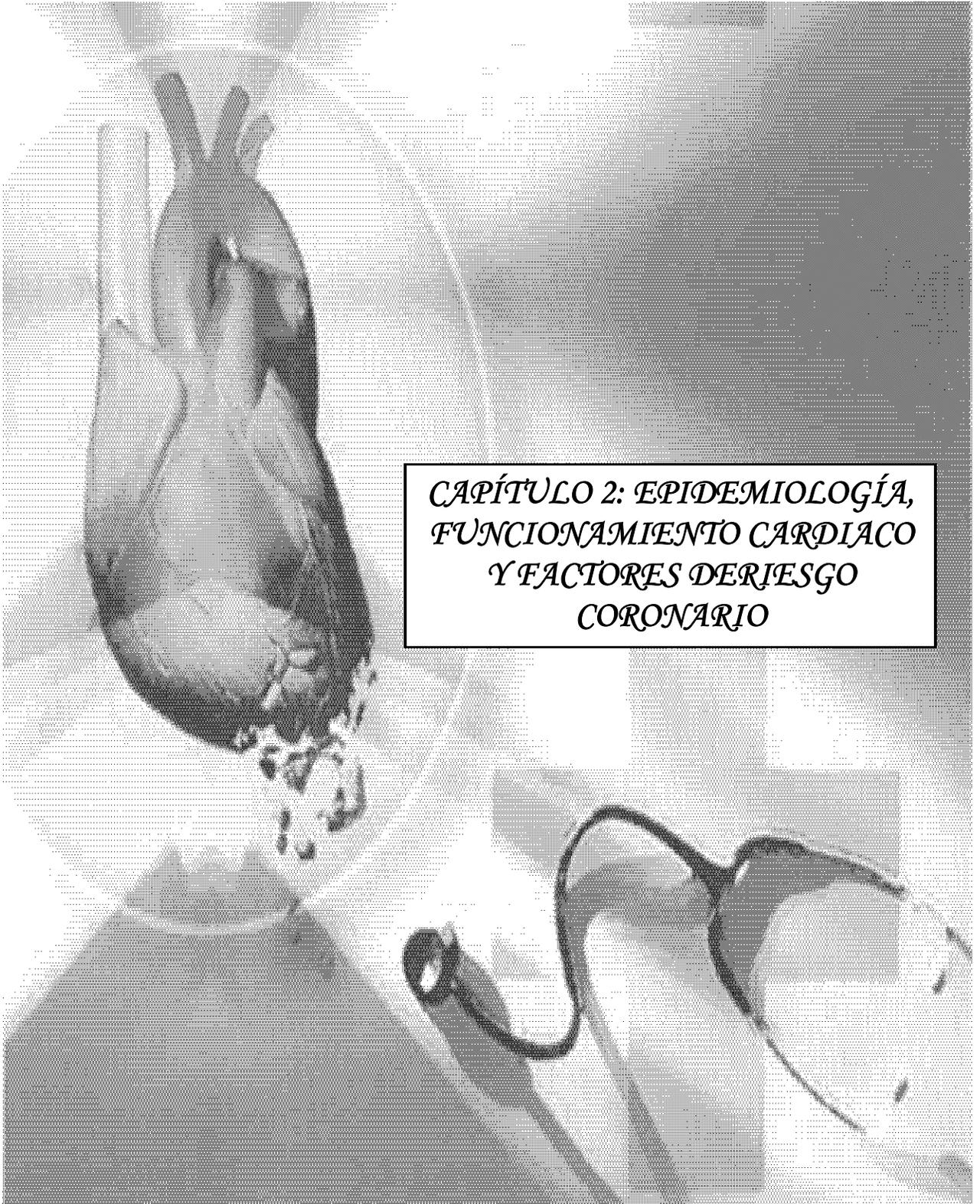
En otro estudio que se llevó a cabo en Estocolmo, con trabajadores de la industria de la construcción, se trabajó con un total de 6,500 hombres de mediana edad, quienes llenaron cuestionarios y al mismo tiempo se tomaron registros de enfermedades cardíacas durante un periodo de dos años, dividiéndolos en un grupo control y otro experimental. Los resultados indicaron que los puntajes del grupo cardíaco fueron significativamente mayores que las personas del grupo control, y se predijo riesgo cardiovascular en relación a las condiciones de trabajo y niveles de responsabilidad que tenían. Investigaciones adicionales en la misma población indicaron que la enfermedad cardíaca estuvo asociada con problemas laborales más que con condiciones familiares adversas; en contraste, las dificultades familiares fueron vinculadas prospectivamente con enfermedades degenerativas.

De esta manera, es evidente que no solamente el estrés está vinculado con la parte bioquímica y física de los organismos, sino que existe un componente subjetivo de las emociones que hace que los individuos evalúen las situaciones dañinas de diferente manera y respondan a los estímulos de diferente forma también. Las interpretaciones que las personas dan a una situación amenazante determinan su impacto sobre la salud. Como este concepto tiene que ver también con las cogniciones, se le conoce como teoría cognitiva de la emoción. Este componente que llega a ser una pieza importante en la percepción de estímulos dañinos en el organismo, está influido también por lo que en la

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*

literatura científica se conoce como personalidad o modelo de conducta tipo A, la cual se estudiará brevemente en el capítulo dos.

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*



**CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA,
FUNCIONAMIENTO CARDIACO
Y FACTORES DE RIESGO
CORONARIO**

EPIDEMIOLOGIA, FUNCIONAMIENTO CARDIACO Y FACTORES DE RIESGO CORONARIO.

“De modo que ocupémonos sólo del dolor. Admito, y de buena gana, que sea el peor accidente de nuestro ser; soy el hombre que menos lo desea en este mundo, por eso lo huyo, y hasta ahora -¡gracias a Dios!- no tuve mucho trato con él. Pero nos corresponde, si no aniquilarlo, al menos, atenuarlo con paciencia, y si ocurre que el cuerpo se altera por su causa, nos toca mantener el alma y la razón firmes ante el poder de su negación”.
Montaigne, ensayos, 1,14

Antes de comenzar el desarrollo de este capítulo, es importante destacar la información que existe acerca de los índices de mortalidad cardiaca, su incidencia y las diferencias por género, tanto a nivel internacional como en nuestro país. Esto brinda una perspectiva de cómo esta mortal enfermedad va evolucionando y presentándose en mayor número en los individuos, en donde el estrés juega un papel relevante en el desencadenamiento de la misma, además de considerar los factores de riesgo médicos y ambientales que se conjugan en este gran binomio: salud-enfermedad, mente-cuerpo.

2.1 INFORMACION EPIDEMIOLOGICA:

A lo largo de la historia, se ha observado que la evolución socioeconómica de los países se acompaña de un cambio en la epidemiología de las enfermedades. (OMS, 1996). Las evidencias epidemiológicas soportan la tesis de que tanto los factores psicológicos como los sociales están involucrados en la patogénesis de la enfermedad coronaria (Taylor, 1981).

Al comienzo del siglo XX la enfermedad cardiovascular daba cuenta de menos del 10% de las muertes en todo el mundo. Hacia fines de éste, la enfermedad cardiovascular explicaba casi la mitad de todas las muertes en el mundo

desarrollado y el 25% en el mundo en vías de desarrollo (World Health Report: Making a Difference, 1999; Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

Taylor (1981) comenta que variables como la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes y la predisposición hereditaria, han sido asociadas con el incremento de la incidencia del infarto al miocardio.

En Estados Unidos como en muchos otros países, la enfermedad cardiovascular y el infarto han ocupado los primeros lugares en los índices de mortalidad para hombres y mujeres de las zonas rurales. En 1995, el Centro Nacional de Estadística y Salud (1996) de ese país, reportó que 455 000 hombres y 505 000 mujeres habían muerto por enfermedad cardiovascular e infarto cardiaco. Durante en ese mismo año, 281 000 hombres y 256 000 mujeres murieron de cáncer, padecimiento que se consideró como la segunda causa de fallecimiento.

Pero esto no termina aquí. Para aquellas personas que logran sobrevivir a un infarto agudo al miocardio o de algún padecimiento cardiaco de diferente índole, la enfermedad cardiovascular causa grandes discapacidades. En Estados Unidos solamente, más de 10 millones de personas sobrevivieron a estos eventos, lo cual, generó un costo aproximado de 274 millones de dólares anuales, tanto en gastos médicos como en la pérdida de productividad.

En el año de 1990, la neumonía fue la causa principal a nivel mundial de discapacidad, mientras que la enfermedad cardiaca y el infarto se clasificaron en el quinto y sexto lugares. Hacia el año 2020, la enfermedad coronaria y el infarto, ocuparán el primero y cuarto lugar respectivamente en la lista de las causas de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. (Fuster, 1999).

Además, para ese mismo año, se considera que la enfermedad cardiovascular reclamará 25 millones de muertes anualmente y la enfermedad coronaria

rebasará las enfermedades infecciosas como la causa número uno de muertes e invalidez en el mundo.

Este incremento global en la enfermedad cardiovascular es el resultado de un cambio en las condiciones de salud de los individuos alrededor del mundo a través del curso del siglo XX. De igual importancia, ha habido una transformación sin precedentes en el perfil dominante de la enfermedad, y la distribución de enfermedades responsables para la mayoría de las muertes e incapacidad. Antes de 1900, las enfermedades infecciosas y la mala nutrición eran las causas más comunes de las muertes. Gradualmente, ha habido en algunos países desarrollados la manifestación de otras enfermedades crónicas, tales como la enfermedad cardiovascular y cáncer (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes y de mayor influencia en la mortalidad son, principalmente, las derivadas de la arteriosclerosis, sobre todo el infarto del miocardio y los accidentes cerebrovasculares. La incidencia de estas enfermedades se eleva significativamente a partir de una cierta edad de los individuos, ya que son consecuencia de la acción prolongada de determinados factores de riesgo y de los cambios degenerativos que trae consigo el envejecimiento (OMS, 1996).

Además, como se verá más adelante, existen otros factores de riesgo que se consideran predisponentes de la enfermedad coronaria, por ejemplo, las variables psicosociales y conductuales, las cuales juegan un papel importante en la etiología de este padecimiento.

2.2 ÍNDICES DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en 1996 se produjeron 15.3 millones de muertes por enfermedad cardiovascular en todo el mundo. De

ellas, 9.77 millones (64%) se produjeron en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, en estos países las enfermedades infecciosas continúan siendo una causa frecuente de muerte, lo que da una idea de la alta mortalidad global de estas poblaciones. El índice de mortalidad total por enfermedades cardiovasculares supuso el 45.6% en los países desarrollados, mientras que el 24.5% correspondió a los países en vías de desarrollo.

Aunado a lo anterior, existen otros factores que influyen en la incidencia y mortalidad cardiovascular: de estos factores, el más importante es la distribución geográfica. En los países industrializados en los que existía una alta mortalidad cardiovascular hace 30-40 años, como son los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y los países del norte de Europa, se ha observado un progresivo descenso del índice registrado de muertes. En los países mediterráneos, sin embargo, el descenso no ha sido tan importante, probablemente porque se partía de una menor incidencia y mortalidad y porque las medidas dietéticas cardiosaludables que se adquirieron ya existían en los países de la cuenca mediterránea. En general, los factores de riesgo y las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales (OMS, 1996).

Del total de muertes de origen cardiovascular en el mundo, en términos globales, la cardiopatía isquémica es la primera causa, seguida muy de cerca por los accidentes cerebrovasculares, aunque existen diferencias regionales y en algunos países esta distribución está invertida. En esta distribución influye también el sexo, pues la mortalidad por cardiopatía isquémica es mayor en el

varón, mientras que la mortalidad por accidente cerebrovascular es mayor en la mujer (OMS, 1996).

La insuficiencia cardiaca es la etapa final de muchas enfermedades del corazón y la principal causa de morbilidad y mortalidad en algunos países, como Estados

Unidos por ejemplo. La incidencia de este padecimiento está incrementando continuamente, y es sólo que en los años recientes se ha explorado su impacto psicológico. Por tanto, el nivel de apoyo social y el estilo de enfrentamiento de la enfermedad, son importantes pronósticos en su incidencia.

Como fase final de las enfermedades, la insuficiencia cardiaca, es una de las causas principales de mortalidad y morbilidad. Aproximadamente el 5% de las admisiones hospitalarias en Estados Unidos tienen que ver con esta enfermedad, y se estima que este porcentaje irá en aumento en los próximos años.

A pesar de los avances terapéuticos en el manejo farmacológico de ésta, el índice de mortalidad a un año para pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada, todavía está cerca del 40%, proporción semejante para algunas de las enfermedades cancerígenas más agresivas. Dadas estas cifras, no resulta sorprendente que los pacientes reporten estrés psicológico, funcionamiento social pobre y una baja calidad de vida (Kenneth y Gregory, 2002).

Por otra parte, según el reporte de la OMS (1996), el mayor porcentaje de muerte causada por cardiopatía isquémica y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) tanto en hombres como en mujeres, se dio en los países del norte de Europa, tales como el Reino Unido, Alemania y Suecia. En Latinoamérica también se citan cifras importantes:

CUADRO 3: INDICES DE MORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

Hombres:

País	Cardiopatía isquémica	Accidente Cerebral	Vascular
España (1994)	11.54%	9.28%	
Italia (1993)	14.36%	10.88%	
Grecia (1995)	14.91%	14.93%	
Reino Unido (1995)	26.78%	8.25%	
Alemania (1995)	21.45%	8.82%	
Suecia (1995)	28.51%	9.92%	
Estados Unidos (1994)	21.1%	5.18%	
Argentina (1993)	9.06%	8.78%	
México (1995)	8.69%	4.48%	
Colombia (1994)	10.37%	5.46%	
Venezuela (1994)	13.54%	6.49%	
Chile (1994)	10.55%	8.20%	

CUADRO 4: INDICES DE MORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

Mujeres:

País	Cardiopatía isquémica	Accidente Cerebral Vascular
España (1994)	9.65%	15.46%
Italia (1993)	12.31%	16.20%
Grecia (1995)	10.16%	23.52%
Reino Unido (1995)	20.82%	13.07%
Alemania (1995)	20.18%	13.67%
Suecia (1995)	22.66%	12.37%
Estados Unidos (1994)	21.15%	8.34%
Argentina (1993)	11.08%	10.50%
México (1995)	9.20%	6.68%
Colombia (1994)	12.76%	9.95%
Venezuela (1994)	13.73%	9.55%
Chile (1994)	10.57%	10.27%

Fuente: OMS (1996).

A pesar de las medidas preventivas desarrolladas en muchos países, se espera que la mortalidad por enfermedad cardiovascular siga aumentando. Las grandes poblaciones de los países en vías de desarrollo, gran parte de las cuales están todavía en las fases iniciales de la transición epidemiológica, harán que se

incremento enormemente el número de individuos que pasen a adquirir los factores de riesgo cardiovascular. Junto a esto, las aún deficientes medidas sanitarias en estos lugares, en muchos casos sin programas específicos de educación sanitaria y con una limitada calidad de asistencia médica, contribuirán al incremento de la mortalidad de origen cardiovascular.

A nivel nacional, desde 1997 al año 2001, cierto tipo de enfermedades han incrementado paulatinamente los índices de mortalidad en nuestro país, tales como diabetes, insuficiencia renal, enfermedades del hígado, cardiopatías, enfermedades gástricas como úlceras, irritaciones del colon, etc; mismas que desafortunadamente se han hecho cada vez más prevalentes, ocupando los primeros lugares de las listas para el Sector Salud. Entre este tipo de enfermedades mortales, también aparecen las enfermedades cardiacas e hipertensivas, que, según reporta dicho organismo, afectó más a las mujeres que a los hombres en tasas de defunción hospitalaria durante el periodo (Secretaría de Salud, 2001).

En el año 2000, este organismo y otros como el INEGI (2001,2002) dieron a conocer sus estadísticas sobre las principales **causas de mortalidad general en la población mexicana**; siendo las enfermedades cardiacas las que muestran la tendencia de encabezar las listas (ver cuadros 5, 6, 7, 8, 9, 10,11,12,13):

CUADRO 5: CAUSAS DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL, AÑO 2000.

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, 2000	
1.	Enfermedades del corazón (Enfermedades isquémicas del corazón).
2.	Diabetes Mellitas
3.	Tumores Malignos
4.	Enfermedades Cerebrovasculares

5.	Enfermedades del hígado
6.	Accidentes
7.	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
8.	Influenza y Neumonía
9.	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
10.	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. (Malformaciones congénitas del sistema circulatorio).

Un año más tarde, es decir, en el **2001**, las enfermedades que ocuparon los primeros 10 lugares en defunción hospitalaria tanto en hombres como en mujeres fueron las siguientes:

CUADRO 6: CAUSAS DE DEFUNCION HOSPITALARIA A NIVEL NACIONAL, AÑO 2001.

MUJERES	HOMBRES
1.- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.	1.- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
2.- Diabetes Mellitas	2.- Accidentes
3.- Enfermedades del corazón	3.- Enfermedades del hígado
4.- Enfermedades cerebrovasculares	4.- Diabetes Mellitus
5.- Influenza y neumonía	5.- Septicemia
6.- Accidentes	6.- Enfermedades cerebrovasculares
7.- Septicemia	7.- Influenza y neumonía
8.- Insuficiencia renal	8.- Enfermedades del corazón
9.- Enfermedades del hígado	9.- Insuficiencia renal
10.- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	10.- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Fuente: Secretaría de Salud (2001).

En el curso del mismo año, y en términos generales, es decir, considerando a los hombres y a las mujeres, las causas de defunción hospitalaria fueron casi las mismas, pero ocupando diferentes posiciones en las estadísticas:

CUADRO 7: CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL A NIVEL NACIONAL, AÑO 2001

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, 2001.	
1.	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
2.	Accidentes
3.	Diabetes Mellitas
4.	Enfermedades del hígado
5.	Enfermedades del corazón
6.	Enfermedades cerebrovasculares
7.	Septicemia
8.	Influenza y neumonía
9.	Insuficiencia renal
10.	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Como se puede observar, esta enfermedad, considerando los informes de mortandad en los varones, subió tres lugares, y para las mujeres, bajó dos. Esto puede deberse a un factor de protección biológico con el que cuentan las mujeres hasta antes de llegar a la menopausia, como se revisará más adelante en el apartado de factores de riesgo y situación de los estrógenos .

Por su parte, el INEGI, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reportó que en el año **2001**, las muertes por enfermedades cardíacas a nivel nacional, considerándolas tanto a nivel general, como **en hombres y en mujeres**, también ocuparon los primeros lugares en las estadísticas:

CUADRO 8: INDICE DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL, AÑO 2001, SEGÚN IMSS:

No. de Orden	Causa	Num. de defunciones	%
1	Enfermedades del corazón	26,712	17.5
2	Tumores Malignos	25,164	16.5
3	Diabetes Mellitus	23,249	15.3
4	Enfermedades Cerebrovasculares	9,876	6.5
5	Accidentes	9,196	6.0
6	Enfermedades del hígado	7,837	5.1
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4,871	3.2
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,165	2.7

9	Insuficiencia Renal	3,606	2.4
10	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	3,284	2.2

CUADRO 9: INDICE DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL EN HOMBRES, AÑO 2001, SEGÚN IMSS:

No. de Orden	Causa	Num. de defunciones	%
1	Enfermedades del corazón	14,127	17.3
2	Tumores malignos	12,366	15.1
3	Diabetes Mellitus	10,483	12.8
4	Accidentes	6,931	8.5
5	Enfermedades del hígado	5,179	6.3
6	Enfermedades cerebrovasculares	4,792	5.9
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2,887	3.5
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2,403	2.9
9	Insuficiencia renal	1,940	2.4
10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,706	2.1

CUADRO 10: INDICE DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL EN MUJERES, AÑO 2001, SEGÚN IMSS:

No. de Orden	Causa	Num. de defunciones	%
1	Tumores malignos	12,790	18.2
2	Diabetes Mellitus	12,760	18.1
3	Enfermedades del corazón	12,579	17.9
4	Enfermedades	5,081	7.2

	cerebrovasculares		
5	Enfermedades del hígado	2,657	3.8
6	Accidentes	2,262	3.2
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,983	2.8
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,747	2.5
9	Insuficiencia renal	1,664	2.4
10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,558	2.2

CUADRO 11: REPORTE DEL IMSS 2002, (CONTINUACION):
 INDICE DE MORTALIDAD GENERAL, 2002:

No. de Orden	Causa	Num. de defunciones	%
1	Diabetes Mellitus	17042	17.72
2	Tumores malignos	15943	16.58
3	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1920	2.00
4	Leucemia	1270	1.32
5	Tumor maligno de la mama	1153	1.20
6	Enfermedades del corazón	14735	15.32
7	Enfermedades isquémicas del corazón	8654	9.00
8	Enfermedades cerebrovasculares	7041	7.32
9	Enfermedades del hígado	5898	6.13
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4355	4.53

CUADRO 12: INDICE DE MORTALIDAD EN HOMBRES, AÑO 2002:

No. de Orden	Causa	Num. De defunciones	%
1	Tumores malignos	8032	16.08
2	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1375	2.75
3	Tumor maligno de la próstata	933	1.87

4	Leucemia	704	1.41
5	Diabetes Mellitus	7774	15.57
6	Enfermedades del corazón	7334	14.69
7	Enfermedades isquémicas del corazón	4680	9.37
8	Enfermedades del hígado	3811	7.63
9	Enfermedad alcohólica del hígado	1503	3.01
10	Enfermedades cerebrovasculares	3351	6.71

CUADRO 13: INDICE DE MORTALIDAD EN MUJERES, AÑO 2002:

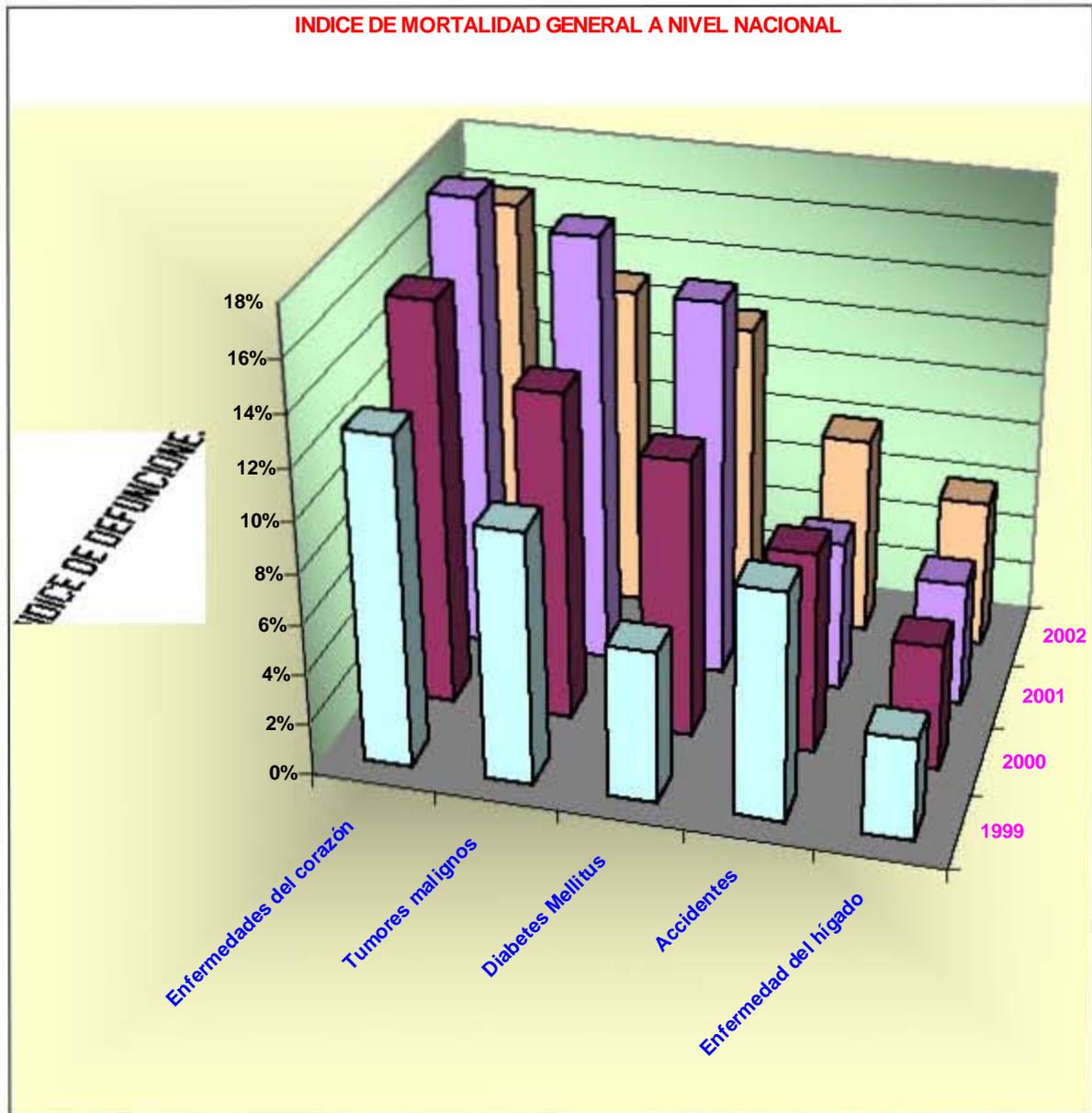
No. de Orden	Causa	Num. de defunciones	%
1	Diabetes Mellitus	9268	20.05
2	Tumores malignos	7911	17.11
3	Tumor maligno de la mama	1133	2.45
4	Tumor maligno del cuello del útero	1117	2.42
5	Leucemia	566	1.22
6	Enfermedades del corazón	7401	16.01
7	Enfermedades isquémicas del corazón	3974	8.60
8	Enfermedades cerebrovasculares	3690	7.98
9	Enfermedades del hígado	2087	4.52
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1898	4.11

Por otro lado, la OMS (1999), tiene estimado que para el 2010, la enfermedad cardiovascular será la principal causa de muerte en los países en vías de desarrollo.

En resumen, de acuerdo a los informes proporcionados por el INEGI, se ha observado que en México, de manera alarmante y consecutiva, los índices de

mortalidad cardiovascular siguen ocupando los primeros lugares, esto durante un período de cuatro años, como se puede notar en la siguiente gráfica:

GRÁFICA 1:



Se ha observado que este padecimiento no sólo afecta a países de América Latina, sino que las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad y morbilidad también en países desarrollados como Estados Unidos. En 1998 por ejemplo, éstas causaron más de 450,000 muertes, lo que equivale al 20% del total de fallecimientos. En el año 2001 se estimó que 1,100,000 estadounidenses sufrirían un ataque al corazón nuevo o recurrente y que esto causaría una pérdida en la productividad que implicaría costos que excederían

los 100 mil millones de dólares (American Heart Association, 1998). Por si fuera poco, en México también constituyen la principal causa de muerte. En el año 2001, 22.63% de las muertes (420,000 al año) se atribuyeron a este tipo de padecimientos (SSA, 2001).

En el año 2003 las causas de mortalidad a nivel nacional fueron las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, accidentes, así como padecimientos hepáticos y cerebrovasculares; en conjunto fueron motivo de 6 de cada 10 defunciones. En términos generales, se reporta que fallecen más hombres que mujeres y en este mismo año, este organismo registró 124.6 defunciones de hombres por cada 100 mujeres. Bajo los mismos términos, el número de defunciones reportadas fueron en total de 261,980 en hombres y en mujeres fue de 210,096. Por grupos de edad, las diferencias fueron significativas, ya que se observa que la mortalidad es diferente por sexo y edad; donde el índice de sobremortalidad masculina más alto se registró en el grupo de 15 a 29 años con 258 defunciones de varones por cada 100 mujeres.

Cuadro 14.

INDICES DE MORTALIDAD 2003

Tipo de padecimiento	Lugar que ocupa
Enfermedades del corazón	Primero
Tumores malignos	Segundo
Diabetes Mellitas	Tercero
Accidentes	Cuarto
Padecimientos hepáticos y cerebrovasculares	Quinto
Otros	Sexto y más

De manera más reciente, el INEGI (2005) indicó que la tasa bruta de mortalidad fue de 4.5 defunciones por cada mil habitantes. Las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, los accidentes, así como los padecimientos hepáticos y cerebrovasculares; en conjunto, fueron motivo de 6 de cada 10 defunciones. El monto de éstas en cada estado depende del volumen de su población y de su composición por edad y sexo, así como el tipo de enfermedades que aquejen a cada población. Por entidad federativa se reporta que el Estado de México participó con un 11.9%, el Distrito Federal con un 10.3%; Veracruz con un 7.7%; Jalisco con un 7.0% y Puebla con un 5.7%, donde estas entidades abarcaron un 42.6% de las defunciones del país.

Cuadro 15.

INDICES DE MORTALIDAD 2005

Tipo de padecimiento	Lugar que ocupa
Enfermedades del corazón	Primero
Tumores malignos	Segundo
Diabetes Mellitas	Tercero
Los accidentes	Cuarto
Padecimientos hepáticos y cerebrovasculares.	Quinto
Otros	Sexto y más

Para el 2006, según informes de la Secretaría de Salud (2007) las enfermedades del corazón siguieron ocupando el primer lugar en los índices de mortalidad.

Es por estas razones que el estudio del infarto agudo al miocardio es de vital importancia en un país como el nuestro, dado que se trata de una enfermedad que va en aumento gradual y porque se ha comprobado en algunas

investigaciones (Anfossi y Trovati, 1996; Julkunen, Salonen, Kaplan, Chesney y Salonen, 1994; Kubzansky y Karachi, 2000; Manuck y Krantz, 1986), que ésta no solamente se encuentra relacionada con factores de riesgo biológicos o

hereditarios, sino también con los psicológicos, tales como el estrés en el que viven las personas y que se asocia con los estilos de enfrentamiento para resolver cierto tipo de conflictos.

Aunado al éxito o fracaso del uso de determinados estilos de enfrentamiento, un dato alarmante es el que reportan investigadores como Ben-Zur, Rappaport, Ammar y Uretzky (2000), quienes sostienen que las enfermedades de las arterias coronarias son una de las principales causas de muerte en Estados Unidos y más de 350,000 cirugías de corazón abierto son realizadas anualmente, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

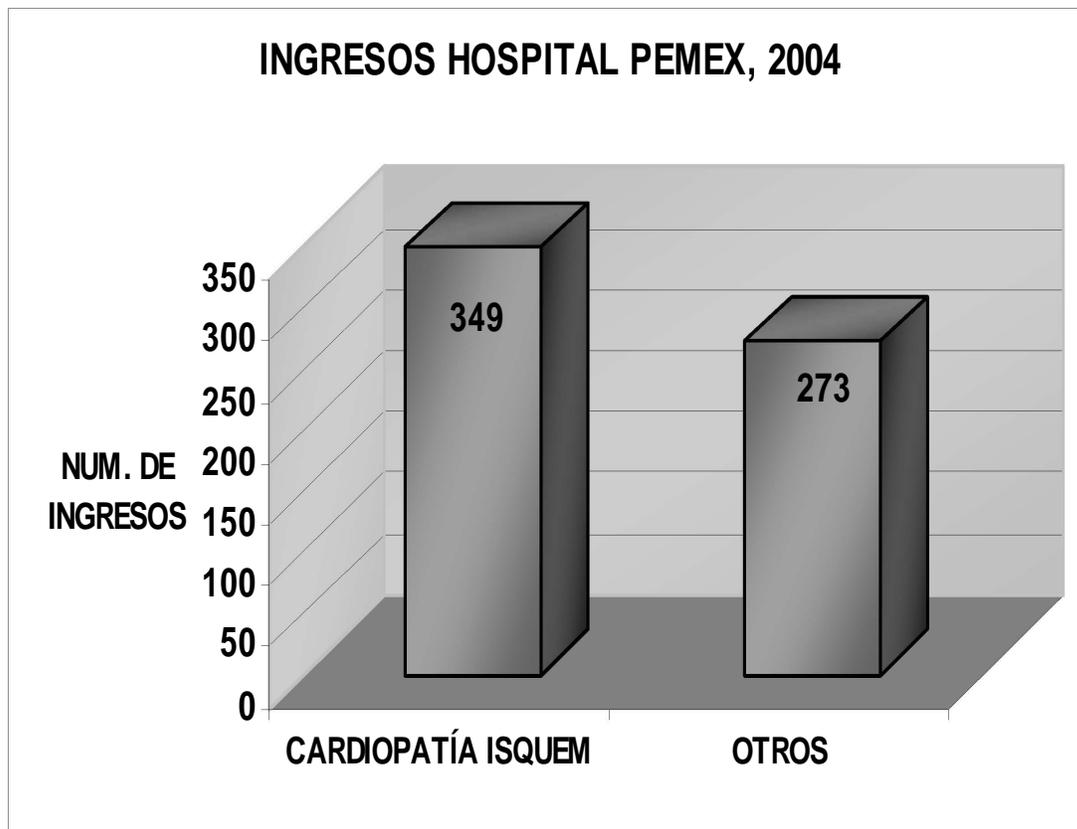
Al respecto, Kenneth, MacMahan y Lip (2002) agregan que la insuficiencia cardíaca es la principal causa de morbilidad y mortalidad. Se ha observado también que las enfermedades crónicas y debilitantes como la insuficiencia cardíaca pueden conducir a su vez al estrés y el paciente puede recurrir a una gran variedad de estrategias de enfrentamiento contra la tensión que se experimenta. De esta manera, el enfrentamiento, según estos autores, es entendido como los intentos cognitivos o conductuales para evitar una situación estresante o hacer algo de manera activa para modificar la situación. Los estilos de enfrentamiento son generalmente definidos como los modos repetidos en los cuales el individuo responde a encuentros estresantes (Kenneth, MacMahan y Lip, 2002).

Por lo tanto, en algunas sociedades como la mexicana donde, los ritmos de vida tienden a ser muy rápidos, las jornadas de trabajo muy prolongadas y demandantes, hacen que las personas adopten un estilo de vida sedentario y de

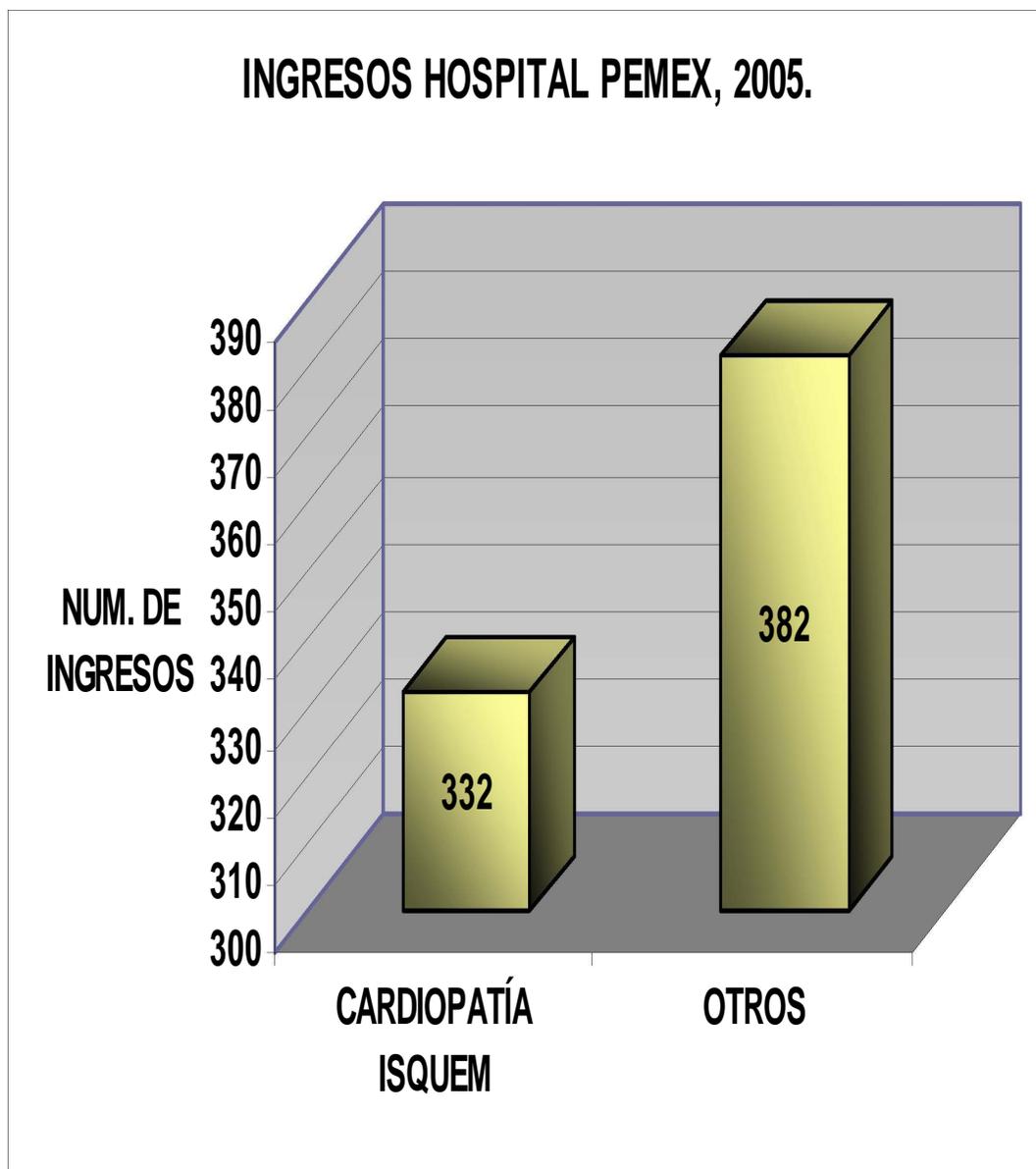
poco ejercicio físico. Las relaciones laborales con los jefes tienden a ser más difíciles de sostener y producen más tensión. Esta celeridad fomenta el consumo de comida rápida constituida en su mayoría por grasas y carbohidratos, todos ellos son elementos que contribuyen a sostener que la enfermedad

cardiovascular dominará como causa principal de muertes hacia el año 2020, dando cuenta de por lo menos uno de cada tres fallecimientos. A continuación y a manera de ejemplo y comparativa, se citan los ingresos por año y por tipo de padecimiento reportados por la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Pemex:

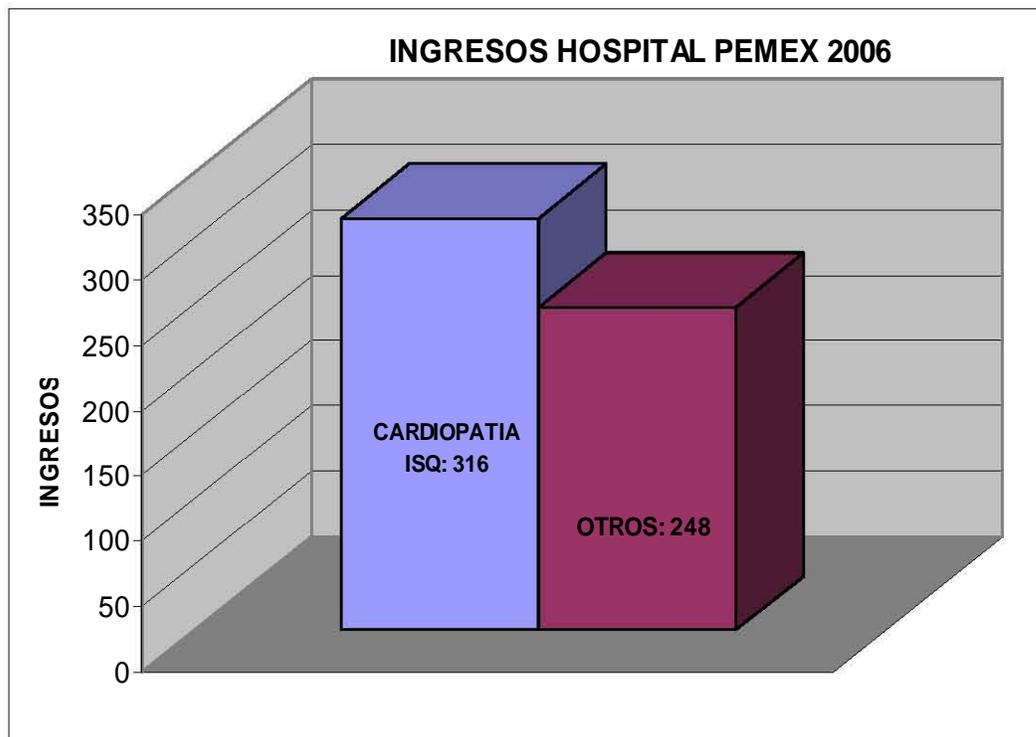
GRÁFICA 2:



GRÁFICA 3:



GRÁFICA 4:



Se observa que para los años 2004 y 2006 (éste último año reportado hasta el mes de septiembre) los ingresos al hospital se debieron en su mayoría, a la enfermedad de cardiopatía isquémica, hecho que coincide con las incidencias anteriores. Por lo tanto, éste es uno de los padecimientos más importantes en muchas de las sociedades, incluyendo la nuestra. Por lo anterior, y de acuerdo con la evolución de los países, se detalla a continuación la información correspondiente a los períodos de la transición epidemiológica de las sociedades del mundo.

Transición epidemiológica.

El cambio en las enfermedades que explican la mortalidad de los habitantes de un país es conocida como **transición epidemiológica** (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

La transición epidemiológica nunca ocurre de manera aislada, pero se entrelaza fuertemente con cambios en la persona y en la riqueza colectiva (transición económica), estructura social (transición social) y aspectos demográficos.

Aunque los cambios en las condiciones de la salud ocurren en cada parte del mundo, al comienzo del milenio, la salud nacional y los perfiles de enfermedad han variado ampliamente por país y por región. Por ejemplo, la expectativa de vida en Japón es de 80 años, que es más del doble que lo que se espera en Sierra Leona (37.5 años) (World Health Report: Making a Difference, 1999; Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

Un modelo excelente de la transición epidemiológica fue desarrollado por Omran en 1974 (Braunwald, Zipes y Libby, 2001). Él dividió a la transición en tres períodos básicos: peste y hambruna, pandemia y enfermedades degenerativas producidas por el hombre. Pero también se considera una cuarta etapa: enfermedades degenerativas tardías. Aunque cualquier región o país específico da inicio a estos períodos en diferentes momentos, la progresión de una a otra tiende a continuar de una manera previsible.

2.3 CUATRO PERIODOS TÍPICOS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA:

Etapa de peste y hambre.

Este período se caracteriza por la predominancia de la mala nutrición, por las enfermedades infecciosas y por la poca frecuencia de enfermedad cardiovascular como causa de muerte. La mortalidad infantil tiende a ser alta, se necesitan altos índices de fertilidad y existe una baja expectativa de vida media, en el orden de los 30 años. En África y algunas partes de la India, la mala nutrición y las enfermedades infecciosas resultan ser causas de muerte. La proporción típica de muertes debido a la enfermedad cardiovascular es menor al

10%, y los tipos predominantes de esta enfermedad son la enfermedad reumática del corazón y las cardiopatías.

Etapa de Pandemia

La mejor nutrición disminuye el índice de muertes tempranas, pudiendo también reducir la propensión a enfermedades infecciosas. El incremento de la riqueza pública y personal se asocia con mejoras en las medidas de salud pública, mismas que contribuyen a la disminución de enfermedades infecciosas. Estos avances incrementan la productividad del trabajador promedio, además de mejorar la situación económica. El cambio de muchas de las características de esta fase, disminuye la mortalidad infantil acompañada por el incremento sustancial de las expectativas de vida. Ejemplos de algunos países que integran esta fase de transición epidemiológica son Estados Unidos, en los inicios del siglo XX, y China hoy, en donde aproximadamente el 20% de las muertes se deben a la enfermedad cardiovascular y el 16% se deben a enfermedades contagiosas. Los cambios en la nutrición y otros aspectos del estilo de vida que causan bajos índices de enfermedades contagiosas, maternas, perinatales y nutricionales, eventualmente llevan a una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular. La proporción típica de muertes debido a enfermedad cardiovascular es de un 10 a un 35%, donde los tipos predominantes de esta

enfermedad son la enfermedad valvular reumática, la hipertensión, la enfermedad coronaria y el accidente vascular cerebral.

Etapa de enfermedades degenerativas producidas por el hombre

Las mejoras continuas en las circunstancias económicas combinadas con la urbanización y cambios radicales en la naturaleza de las actividades relacionadas al trabajo, conducen a cambios dramáticos de estilos de vida en la dieta, niveles de actividad y conductas tales como el fumar. Durante la etapa de

la peste y el hambre, la mayor parte de la población está deficiente en el consumo total calórico relacionado al gasto calórico diario. Accesos fáciles a alimentos más baratos y el contenido de grasa elevada aumenta el consumo calórico total, resultando en un gasto calórico más bajo. Esta disparidad conduce a un alto índice de masa corporal, nivel de lípidos, presión sanguínea y nivel de azúcar en la sangre. Estos cambios establecen el estado para la emergencia de enfermedades hipertensivas y aterosclerosis. La proporción típica de muertes debido a enfermedad cardiovascular es de un 35 a un 65% y los tipos predominantes de esta enfermedad son la enfermedad coronaria y el accidente vascular cerebral.

Etapa de enfermedades degenerativas tardías.

Es la fase final de la transición epidemiológica. La enfermedad cardiovascular y el cáncer quedan como las principales causas de morbilidad y mortalidad. En las naciones industrializadas, sin embargo, los avances tecnológicos tales como unidades de cuidado coronario, intervenciones quirúrgicas con marcapasos y terapia trombolítica son viables en el manejo de las manifestaciones agudas de la enfermedad cardiovascular, y estrategias preventivas tales como dejar de fumar y manejo de la presión sanguínea son ampliamente implementadas.

Como resultado de mejores tratamientos y un esfuerzo extensivo de prevención primaria y secundaria, las muertes son prevenidas entre aquellos que tienen la enfermedad y los eventos primarios son retrasados. Las expectativas de vida continúan y van hacia arriba como un período de ajuste y la mortalidad por enfermedad cardiovascular tiende a disminuir. La proporción típica de muertes debido a enfermedad cardiovascular es del 50% y los tipos predominantes de esta enfermedad son la enfermedad coronaria, el accidente vascular cerebral, y la insuficiencia cardíaca congestiva.

Tendencias globales en la enfermedad cardiovascular.

Las tendencias globales estimadas de la enfermedad, particularmente de la cardiovascular, se auxilia por la evaluación de las tendencias regionales.

Ya que el 80% o más de la población mundial vive en economías en desarrollo, los índices globales de la enfermedad cardiovascular son en gran parte manejados por estimaciones en estos países. La aceleración mundial de la tasa de la enfermedad cardiovascular, por ejemplo, está sucediendo en muchos de los países en desarrollo, que están entrando a la segunda y tercera fases de la transición epidemiológica.

En 1990, la población mundial era de 5.3 billones de habitantes. La enfermedad cardiovascular correspondía a más de 14.3 billones de muertes. De éstas, 6.3 millones de muertes se debieron a enfermedades coronarias (44% de muertes por enfermedad cardiovascular) y 4.4 millones fueron debidas a accidente vascular cerebral. (31% de muertes por enfermedad cardiovascular) (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

Para poder comprender y dimensionar las altas tasas de mortalidad cardiovascular, es necesario proporcionar una breve descripción sobre el funcionamiento cardíaco y sus principales patologías:

2.4 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CORAZÓN:

La disciplina de la psicofisiología está organizada alrededor del estudio de eventos psicológicos y de la influencia que ellos tienen sobre los procesos biológicos. La psicofisiología cardiovascular, en particular, examina el impacto de tales fenómenos psicológicos sobre el funcionamiento del sistema circulatorio y, como ciencia aplicada, se centra en el entendimiento de relaciones complejas

entre el estrés conductual y la enfermedad cardiovascular (Brownley, Hurwitz, Schneiderman, 2000). De esta forma, la psicología juega un papel preponderante en el organismo como un todo, pero en primer lugar, se realizará un recorrido anatómico por uno de los órganos más importantes del cuerpo humano: el corazón.

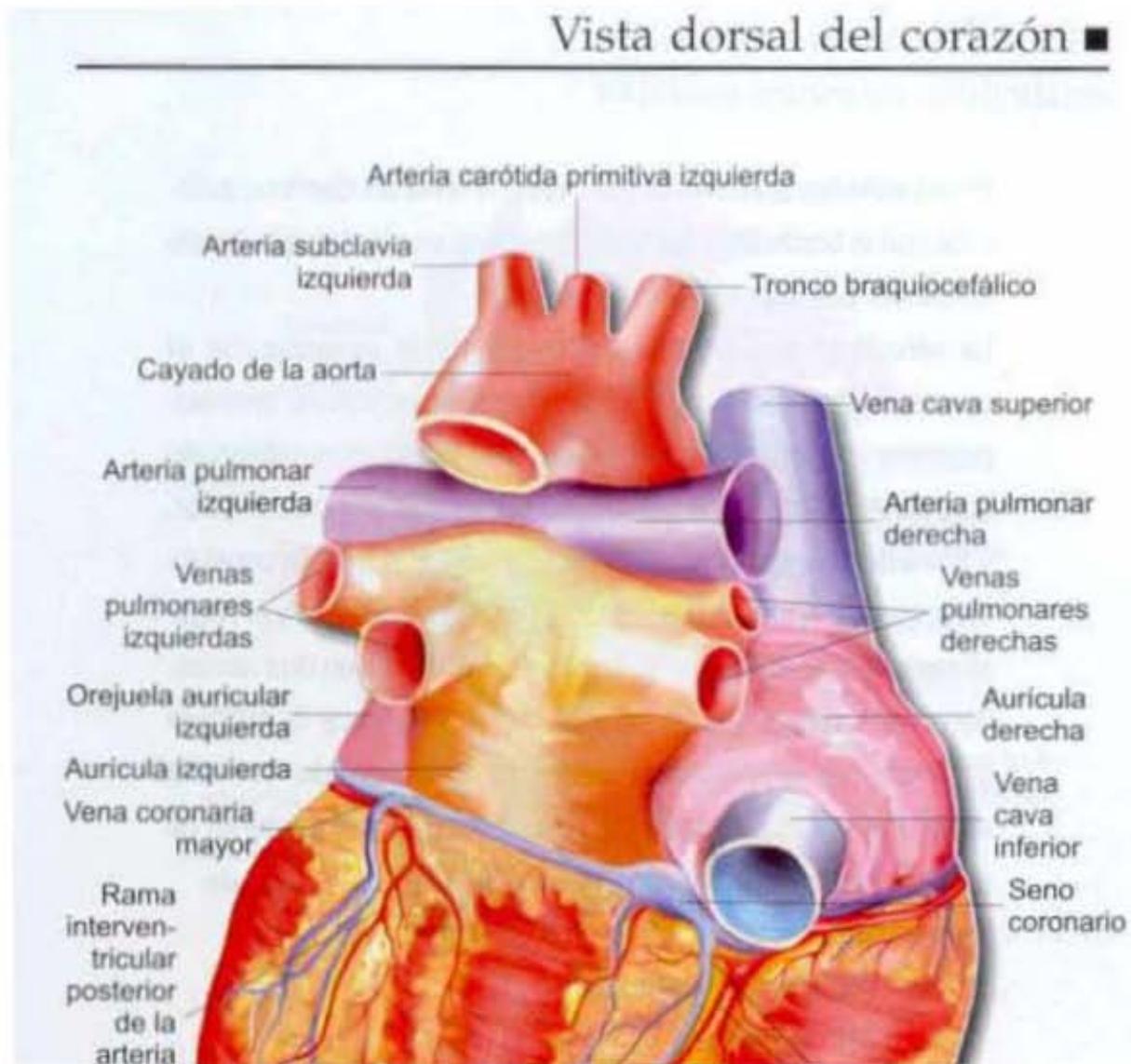
El corazón es una bomba pulsátil de cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos. La función auricular es principalmente de entrada a los ventrículos, pero también impulsa débilmente la sangre para desplazarla a través de las aurículas hacia los ventrículos. Los ventrículos son los que proporcionan la fuerza principal e impulsan la sangre a través de los pulmones y todo el sistema circulatorio periférico (Guyton, 1984, p.179).

El sistema circulatorio está organizado en dos subdivisiones: El pulmonar y el circulatorio. El sistema completo está organizado como un circuito vascular continuo que consiste de una bomba (corazón) que trabaja con una red de distribución de alta presión (arterias y arteriolas), intercambio (capilares), y una

recolección de baja presión que regresa (vénulas y venas) vasos donde circula la sangre a través de todo el cuerpo.

El músculo del corazón (miocardio) está comprendido de una bomba izquierda y una derecha, cada una tiene dos cámaras (una aurícula y un ventrículo). El ventrículo izquierdo, de donde nace la aorta, expulsa la sangre oxigenada con nutrientes para los procesos metabólicos de la célula. La sangre desoxigenada regresa al ventrículo derecho. Éste dirige la sangre hacia los pulmones, donde este líquido se oxigena y regresa al ventrículo izquierdo perpetuando el proceso del circuito.

A la fase de contracción se le conoce como sístole y a la de relajación diástole, y esto constituye el ciclo cardíaco (Brownley, Hurwitz, Schneiderman, 2000).



2.5 HISTOLOGIA:

El corazón tiene tres capas:

➤ **Endocardio:**

Es la cubierta interior de las cavidades cardíacas y se continúa con el endotelio de los grandes vasos.

➤ **Miocardio:**

Es la capa muscular, constituida por el músculo estriado.

➤ **Epicardio:** Es la capa exterior que cubre al corazón.

Irrigación del corazón. Arterias coronarias.

Existen dos arterias coronarias: la izquierda irriga el ventrículo izquierdo. La arteria coronaria izquierda se divide en descendente anterior y circunfleja e irriga el ventrículo izquierdo en su mayor parte.

La arteria coronaria derecha irriga al ventrículo derecho y al resto del ventrículo izquierdo. Ambas coronarias se originan de la aorta a nivel de los senos de Valsalva, de donde reciben la sangre proveniente del ventrículo izquierdo.

Inervación del corazón.

El corazón recibe nervios simpáticos y parasimpáticos. Existen plexos de inervación cardiaca: el coronario derecho, el coronario izquierdo, el superficial, el profundo y el pulmonar.

Hay nervios que acompañan al sistema de conducción específico del corazón: los mediados por el sistema simpático (reacción adrenérgica), influyen en la aceleración cardiaca y los que provienen del parasimpático (reacción vagal), que disminuyen la frecuencia cardiaca (Espino, 1983).

2.6 MANIFESTACIONES DEL SUFRIMIENTO CARDIACO.

Varias manifestaciones expresan que el corazón ha enfermado:

1º. Insuficiencia cardiaca,

2º. Dolores del corazón:

{ *La angina de pecho y el infarto del miocardio;
*dolores pericárdicos.

- 3º. Palpitaciones,
- 4º. Trastornos del ritmo.

2.7 ANGINA DE PECHO.

La elucidación de la causa del dolor en el pecho es una pieza clave para los médicos y su sintomatología es responsable de muchas consultas cardiacas.

La angina de pecho puede ser descrita como un disconfort o un malestar en el pecho y/o en áreas adyacentes asociadas con isquemia miocárdica pero sin necrosis miocárdica (o infarto al miocardio).

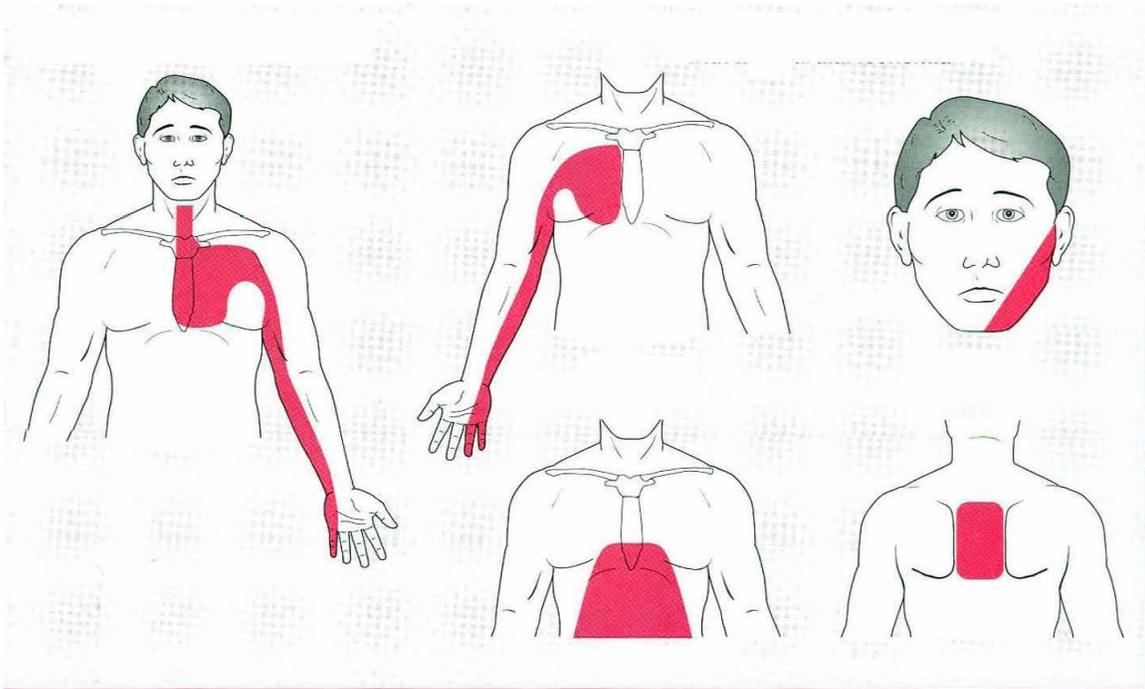
Es importante reconocer que angina significa estrangulamiento o sofoco, no dolor. Además, el malestar de angina a menudo no es descrito como dolor, sino como una sensación displacentera: “presión”, “estrangulamiento”, “constricción” y “sensación de quemarse o ardor”, son algunos de los adjetivos comúnmente

usados para describir esta sensación, “un peso en el centro del pecho o sensación de opresión en el pecho”, son otros descriptores frecuentes.

Otros equivalentes de angina son el malestar limitado a áreas que están ordinariamente ubicadas como sitios de radiación secundaria, tales como el brazo izquierdo y antebrazo, la parte baja de la mandíbula, dientes, cuello u hombros, desarrollo de gas, eructos, náuseas, indigestión y hasta sensación de flojera o adinamia (Braunwald, Zipes y Libby, 2001), como se aprecia en la siguiente figura:

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*

Figura 3: SITIOS DE RADIACIÓN SECUNDARIA EN LA ANGINA DE PECHO.



Fuente: (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

La duración del dolor es importante en la determinación de su etiología. La angina de pecho es relativamente breve, generalmente dura de 2 a 10 minutos, sin embargo, si el dolor es muy breve o momentáneo, la angina como diagnóstico puede ser excluida y el dolor puede ser debido a hernia hiatal por ejemplo.

Ahora bien, para determinar etapas de estos padecimientos, existen clasificaciones establecidas por sociedades de cardiología mundialmente aceptadas, véase la siguiente tabla:

**TABLA 1:
COMPARACIÓN DE TRES MÉTODOS DE EVALUACION DE DISCAPACIDAD
CARDIOVASCULAR**

CLASE	CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ASOCIACIÓN DEL CORAZÓN DE NEW YORK	CLASIFICACION DE ANGINA DE PECHO	ESCALA DE ACTIVIDAD ESPECIFICA
I	Pacientes con enfermedad cardiaca pero sin resultados limitantes de actividad física. La actividad física ordinaria no causa fatiga excesiva, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.	Ordinariamente la actividad, tal como caminar y subir escaleras, no causa angina. Angina con esfuerzos prolongados en la realización de actividades.	Los pacientes pueden realizar cualquier actividad que requiera ≤ 7 equivalentes metabólicos (por ejemplo, levantar 12 kilos, cargar objetos que pesen 40 kilos), hacer actividades recreativas (como esquiar, basketball, squash, etc).
II	Los pacientes con enfermedad cardiaca resultante en limitaciones leves de actividad física. Se sienten cómodos con el descanso. La actividad física ordinaria resulta en fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.	Limitaciones leves de actividad ordinaria. Caminar o subir escaleras rápidamente, escalar o subir pendientes después de ingerir los alimentos, practicar ese ejercicio a temperaturas bajas o en días con viento o bajo condiciones de estrés emocional o incluso únicamente durante pocas horas después de haber despertado. Caminar más de dos calles, etc.	Los pacientes pueden realizar el cumplimiento de cualquier actividad que requiera $< \text{ó} = 5$ equivalentes metabólicos (por ejemplo, llevar a cabo relaciones sexuales, bailar fox trot, caminar a 4 kmp/h. No realizar actividades que requieran $> \text{ó} = 7$ equivalentes metabólicos.

**TABLA 1: (CONTINUACIÓN)
 COMPARACIÓN DE TRES MÉTODOS DE EVALUACION DE DISCAPACIDAD
 CARDIOVASCULAR**

CLASE	CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA ASOCIACIÓN DEL CORAZÓN DE NEW YORK	CLASIFICACION DE ANGINA DE PECHO	ESCALA DE ACTIVIDAD ESPECIFICA
III	Pacientes con enfermedad cardiaca resultantes en una marcada limitación de actividad física. Se sienten cómodos con el descanso. Menos que la actividad física ordinaria causa fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.	Limitación marcada de actividad física ordinaria. Caminar una o dos calles y subir más de un escalón en condiciones normales.	Los pacientes pueden realizar el cumplimiento de cualquier actividad que requiera ≤ 2 equivalentes metabólicos (por ejemplo, bañarse, tender la cama, limpiar las ventanas, caminar a 2.5 mp/h, jugar golf, vestirse, pero no pueden realizar cualquier actividad que requiera > 5 equivalentes metabólicos.
IV	Pacientes con enfermedad cardiaca resultantes en la incapacidad para realizar actividades físicas con malestar. Los síntomas de la insuficiencia cardiaca o del síndrome anginoso puede presentarse aún en estado de reposo. Si cualquier actividad física es emprendida, se incrementa el malestar.	Incapacidad para ejercer cualquier actividad física sin malestar. El síndrome anginoso puede presentarse en condiciones de reposo.	Los pacientes no pueden realizar actividades que requieran > 2 equivalentes metabólicos. No pueden cumplir con las actividades enlistadas con anterioridad. (Escala de actividades específica, clase III).

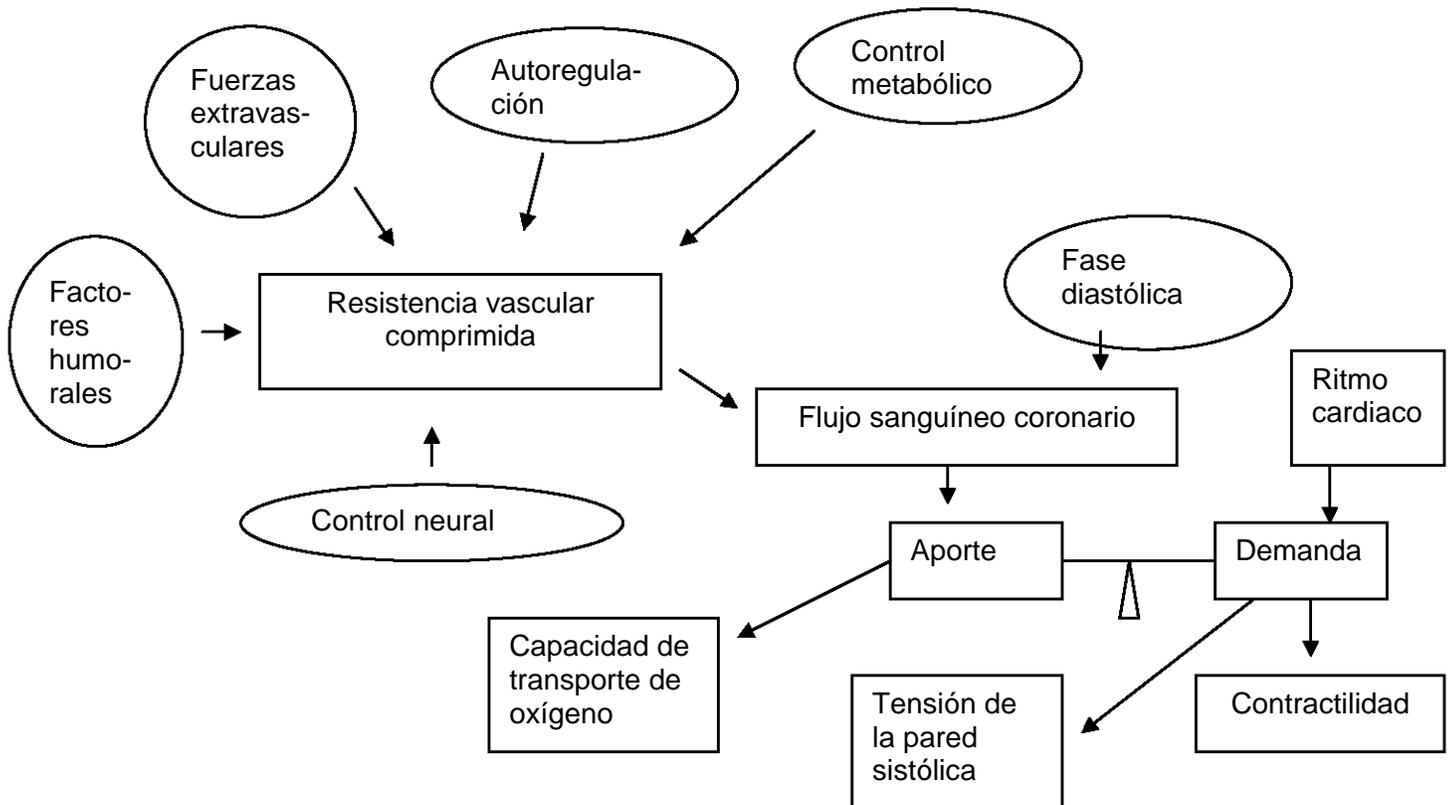
Fuente: (Braunwald, Zipes y Libby, 2001, p. 42).

La angina de pecho puede convertirse en un infarto en evolución si no es tratada a tiempo. Amén de ella, uno de los padecimientos más comunes en las enfermedades del corazón es la cardiopatía isquémica, que fácilmente puede dar paso al infarto agudo del miocardio si no se toman las debidas medidas precautorias.

2.8 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

La cardiopatía isquémica es la consecuencia de un suministro insuficiente de sangre oxigenada y nutrientes al miocardio y su demanda, esto se denomina hipoxia e isquemia cardiaca. Véase el siguiente diagrama:

ESQUEMA 1: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APORTE DE OXÍGENO MIOCÁRDICO Y SU DEMANDA.



Las manifestaciones clínicas conocidas de la cardiopatía isquémica, son:

- a) Angina de pecho (estable e inestable), < de 30 minutos en la presentación de sintomatología.
- b) Infarto del miocardio, cuando el período es > a 30 minutos en la aparición de sintomatología.

La diferencia entre estas dos alteraciones es que, en la angina de pecho no existe muerte celular y en el infarto del miocardio sí.

En la práctica, el padecimiento se produce por oclusión aterosclerótica de las grandes arterias coronarias, aunque la lesión de estos vasos puede obedecer también a otros fenómenos patológicos como embolias, padecimientos fibromusculares de las arterias y arteritis de diversas causas. La aterosclerosis, aunque suele presentarse de manera difusa en las porciones proximales de las arterias coronarias, tiende a producir zonas localizadas de estenosis o de oclusión.

Los procesos de aterosclerosis originan lesiones obstructivas en el árbol coronario, que, según su intensidad o su localización pueden interferir netamente en la magnitud del riego sanguíneo coronario. Cuando la demanda miocárdica de oxígeno por los tejidos en la distribución de cada vaso excede de la capacidad de la red arterial limitada para proporcionarle sangre oxigenada, se originan cambios isquémicos. Estos cambios suelen caracterizarse por la aparición de dolor torácico de origen cardíaco –angina de pecho- o infarto del miocardio.

2.9 EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

El infarto del miocardio es la alteración de una porción del tejido muscular que sobreviene cuando el aporte sanguíneo de oxígeno y nutrientes a ese territorio es insuficiente. Eso ocurre con la oclusión total de la arteria coronaria, produciendo la muerte del músculo (Espino, 1983).

El dolor en la cardiopatía isquémica se presenta con esfuerzo físico y dependiendo de la progresión de la enfermedad, puede ir en aumento, presentándose aún en estado de reposo.

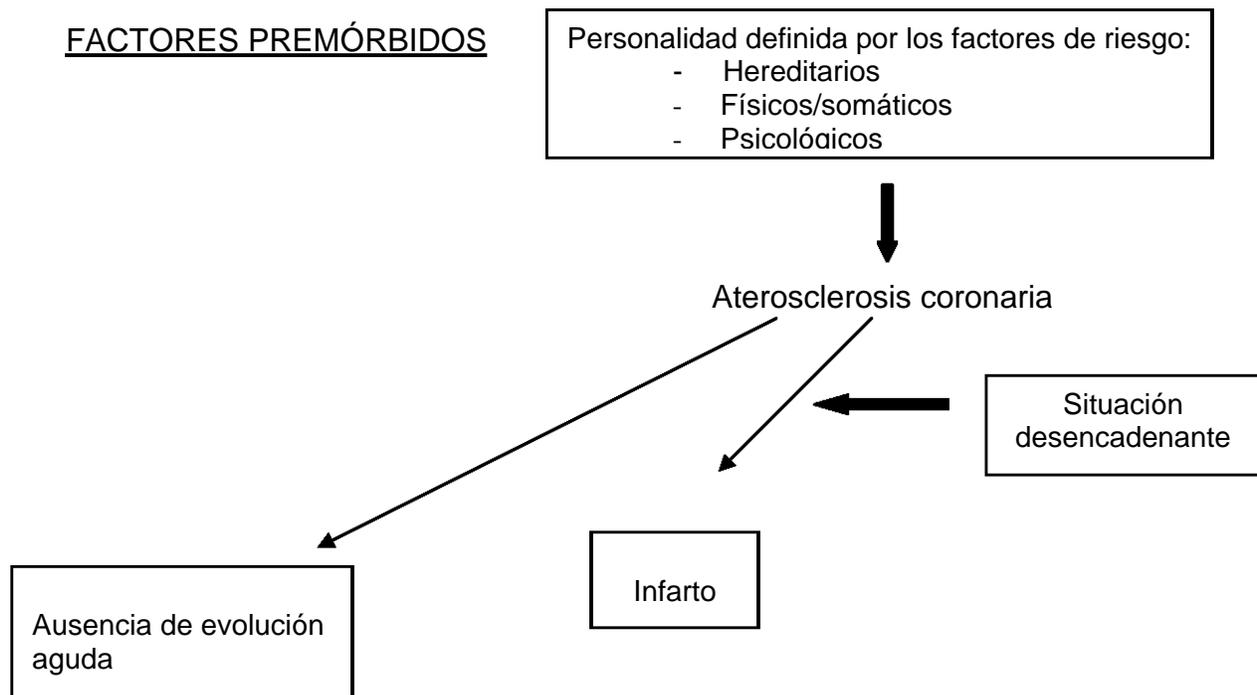
Tres factores intervienen en el aumento en la demanda de oxígeno del corazón durante el ejercicio físico:

- ❖ El volumen por latido del corazón.
- ❖ La frecuencia cardiaca.
- ❖ La extracción de oxígeno por los tejidos.

Éstos son modulados por la inervación simpática y parasimpática. Además, el estrés psicológico, que produce cambios fisiológicos en el organismo, coadyuva con los movimientos de vasoconstricción arterial, proceso que promueve el infarto agudo del miocardio.

Para poder tener un panorama más completo, a continuación se presenta, desde el punto de vista psicológico, un esquema sobre la etiopatogénesis del infarto agudo al miocardio:

ESQUEMA 2: PROCESO BIOPSIOLÓGICO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

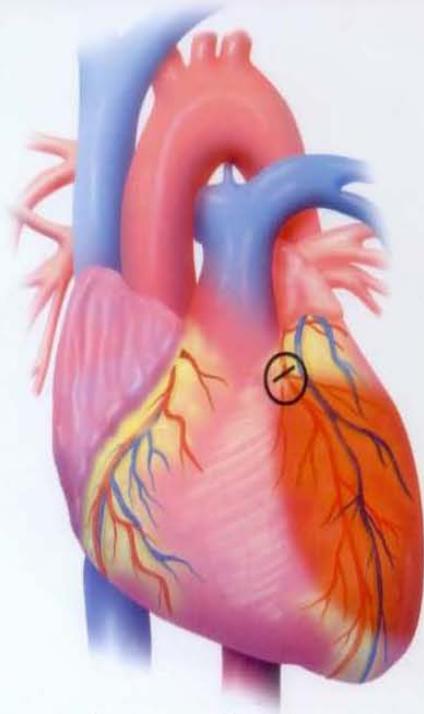


Fuente: (Haynal y Pasini, 1980).

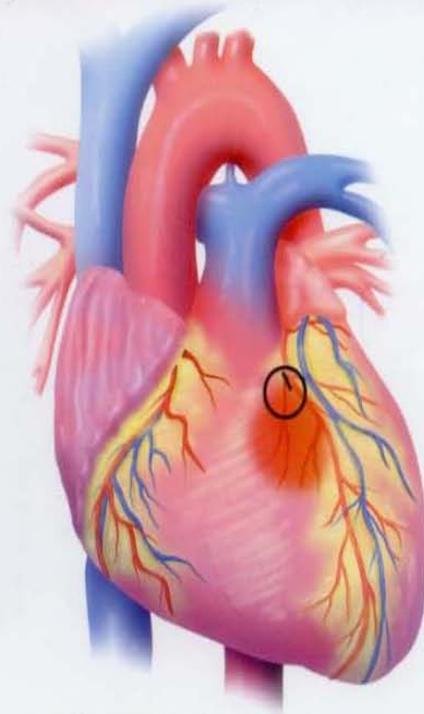
Como se puede observar, existen factores biológicos y psicológicos que anteceden al infarto agudo del miocardio (IAM), que aunados a una situación desencadenante favorecen la aparición de la enfermedad.

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*

Infartos de la cara anterior del corazón



Infarto anterolateral



Infarto anterior pequeño



Infarto apical pequeño



Infarto anterobasal

Los eventos biológicos y psicológicos constituyen lo que se conoce como factores de riesgo coronario, que a continuación se detallan:

2.10 FACTORES DE RIESGO CORONARIO.

Tendencias regionales en factores de riesgo.

La valoración global en los índices de la enfermedad coronaria está relacionada a variaciones temporales y regionales en las conocidas conductas y factores de riesgo. Recientes análisis ecológicos de factores de riesgo y mortalidad principales en la enfermedad coronaria, demuestran altas correlaciones entre los índices de mortalidad esperados y observados para los tres principales factores de riesgo: tabaquismo, colesterol e hipertensión (Ecological Analysis of the Association Between Mortality and Major Risk Factors of Cardiovascular Disease, 1994).

Estos análisis sugieren que muchas de las variaciones regionales están basadas en las diferencias de factores de riesgo convencionales.

2.10.1 SOCIALES

2.10.1.1 Tabaquismo.

El fumar claramente representa una importante causa mundial de la enfermedad cardiovascular, así como de muertes. En 1990, un estimado del 6% de todos los

fallecimientos fueron atribuidos al tabaquismo. Hacia el 2020, la proporción de muertes debidas al tabaco serán más del doble, como los índices de tabaquismo se elevarán en las economías en desarrollo. Actualmente, más de un billón de habitantes fuma. Regionalmente, el consumo más alto de los índices de cigarrillos per cápita son en Europa de 2080 por año (en 1995), seguidos cercanamente por los países del pacífico oeste con 1945, en América con 1530 y en África donde el consumo per cápita anual es de 480 cigarros (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

En Estados Unidos por ejemplo, más del 40% de adultos fumaron en el año de 1965, mientras que sólo el 23% fumaron en 1997 (Cigarette smoking among adults, 1997).

A pesar de este decremento, las cifras del tabaquismo van en aumento entre los hombres y mujeres jóvenes en ese país. En las economías de mercado emergentes, los índices de tabaquismo son extremadamente altos; 59% de los hombres y 26% de las mujeres fumaron en 1995, cifra que ha permanecido estable (Jha y Chaloupka, 1999).

En las economías en desarrollo, el tabaquismo representa un importante cultivo de dinero y recurso de empleo. En promedio, el 48% de los adultos hombres fuman y los índices de tabaquismo se incrementan sobre el 3.4% por año. En todo el mundo en desarrollo, las mujeres tradicionalmente han representado únicamente una pequeña proporción del número de fumadores. El impacto de mayor tabaquismo en las etapas más tempranas de la transición epidemiológica significa un mayor y rápido incremento en los índices de la enfermedad cardiovascular. Por ejemplo, un estudio masivo retrospectivo en China sobre un millón de muertes estimó que el tabaquismo fue el responsable del 13% (600,000 muertes) del total del índice de mortalidad en ese país en 1990 y explicará 3 millones de muertes hacia el año 2025.

El consumo de los cigarrillos constituye la señal más importante en el factor de riesgo para la enfermedad arterio-coronaria. Cerca de un millón de estadounidenses jóvenes empiezan a fumar cada año (Centers for Disease Control and Prevention: Incidence of Initiation of Cigarette Smoking, 1998). El tabaquismo tiene un impacto asombroso en el tercer mundo: casi un billón y medio de individuos en todo el mundo morirá eventualmente de complicaciones relacionadas con el fumar. Aún entre los no fumadores, se reconoce que el humo inhalado, tanto de una exposición pasiva o del consumo de un cigarrillo o pipa, se incrementa grandemente el riesgo coronario (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

Algunos estudios señalan que al principio de los años 1950, se reportaron fuertes asociaciones positivas entre la exposición al cigarrillo y la enfermedad coronaria. Durante los próximos 40 años, una serie de estudios prospectivos consistentes han documentado claramente los efectos del hábito del fumar sobre el riesgo coronario. Estos estudios sugieren que, comparados con los no fumadores, aquellas personas que consumen 20 o más cigarrillos diariamente tienen un doble o triple riesgo en padecer la enfermedad coronaria. Además, estos efectos dependen de la dosis empleada. En suma, para el infarto al miocardio, el consumo de cigarrillo está relacionado directamente con el incremento de los índices de muertes repentinas, formación de aneurisma aórtico, enfermedad vascular periférica sintomática y accidente vascular cerebral isquémico; para la enfermedad coronaria, el riesgo de accidente vascular cerebral incrementa directamente con el número de cigarrillos consumidos (Wannamethee, Shaper, Whinap, 1995).

2.10.2 MEDICOS

2.10.2.1 Hipertensión Arterial.

La hipertensión es claramente un factor de riesgo para la enfermedad coronaria y el accidente vascular cerebral. La elevada presión sanguínea es un distintivo temprano de la transición epidemiológica. El incremento de la presión sanguínea de los miembros de la población es evidente tanto en los países industrializados, en la emigración de países menos desarrollados a más desarrollados, también como en la emigración de zonas rurales a urbanas, resultando en el incremento de los niveles de presión sanguínea entre los emigrantes.

En los países del norte de Asia, tales como China y Corea del Sur, los índices de hipertensión son rápidamente incrementados, como lo sostienen Jones, Kim y Kim, Hong, (1996), siendo más significativos en las zonas urbanas que en las rurales. En las primeras, existe un número considerable de hospitalizaciones por hipertensión. Sin embargo, los índices de hipertensión son relativamente bajos en África.

En América Latina y el Caribe así como en el Medio Oriente, los índices de hipertensión son también un poco variables pero siguen el patrón general de estar más alto en los países y centros urbanos (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

En contraste con el consumo de cigarrillos, la hipertensión es a menudo un factor silencioso de riesgo cardiovascular. Los elevados niveles de presión sanguínea correlacionan consistentemente con altos riesgos de accidente vascular cerebral e infarto al miocardio.

2.10.2.2 Consumo de grasa.

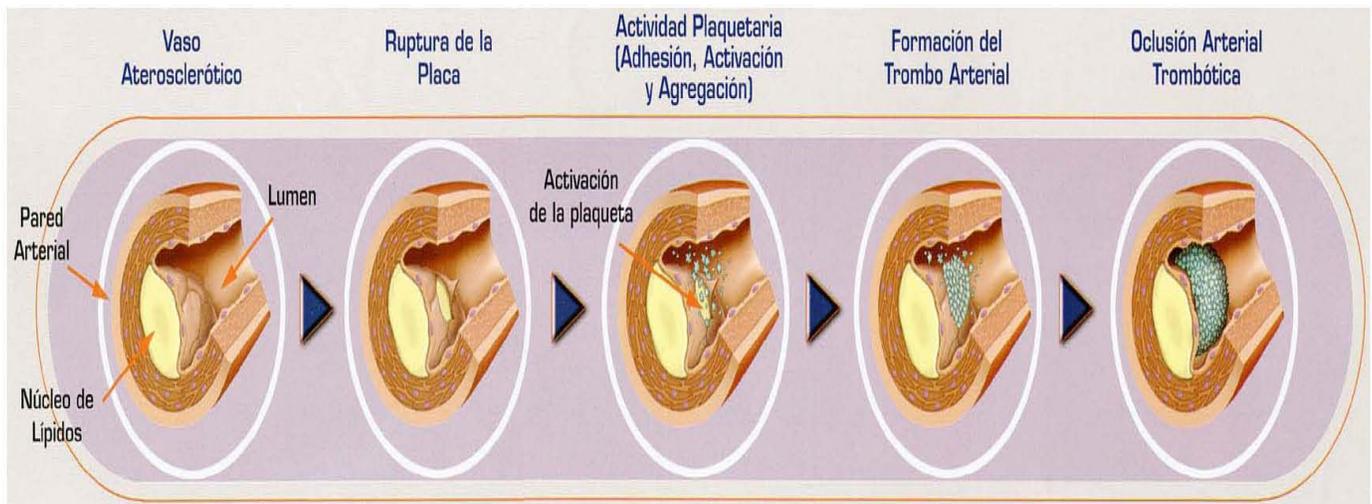
Aunque los hábitos alimenticios claramente varían de un país a otro, el consumo de una dieta en grasas tiende a ser baja en muchas economías en desarrollo y alta en muchas economías de mercado establecidas y generalmente incrementa con el ingreso per cápita anual. En Estados Unidos, por ejemplo, el porcentaje de calorías en grasas han disminuido continuamente los pasados 30 años, del 45% de calorías en 1965 al 34% en 1994, aunque el monto total de grasas en la dieta ha incrementado ligeramente desde 1989 (Kennedy, Bownan y Powell, 1999).

Aún cuando en las economías en desarrollo, caracterizadas generalmente por un consumo bajo en grasas, el consumo de éstas varía mucho y tiende a incrementarse con la industrialización y la urbanización.

2.10.2.3 Niveles de lípidos.

La asociación causal sobre los niveles de colesterol en la sangre y el riesgo de la enfermedad coronaria es indiscutible. Los niveles bajos de la alta densidad de lipoproteínas y los triglicéridos elevados están también claramente asociados con un riesgo excesivo de la enfermedad cardiovascular y esta asociación se mantiene a través de divisiones étnicas y raciales. El perfil de lípidos parece tener un mayor impacto en la enfermedad coronaria que en accidente vascular cerebral. Los cambios individuales y sociales que acompañan a la urbanización, claramente juegan un rol porque los niveles de colesterol en la sangre tienden a ser más altos entre los residentes urbanos que entre los residentes rurales. Esta característica es ampliamente conducida por un consumo alimenticio mayor en grasas, principalmente por productos animales y aceites vegetales procesados y un decremento de la actividad física.

Como lo es para la hipertensión, los índices de hipercolesterolemia se incrementan más rápido que los recursos necesarios para su completa detección y tratamiento.



2.10.2.4 Inactividad física.

Un derivado de la incrementada mecanización que acompaña a la transición económica es el decremento de la actividad física. En las economías de mercado, la prevalencia total de inactividad física produce un alto riesgo atribuible a la población sobre el riesgo de las consecuencias cardiovasculares. En Estados Unidos, aproximadamente el 25% de la población no participa en ninguna actividad física en su tiempo libre y únicamente el 22% reporta

participación en esta la actividad física sostenida por lo menos 30 minutos por 5 o más días a la semana (CDPC, 1996).

El cambio de una demanda física basada en el trabajo de la agricultura a un trabajo que es en gran parte sedentario, industrial y de labores de oficina, está ocurriendo en todas las partes del mundo en desarrollo.

2.10.2.5 Diabetes Mellitus.

La diabetes y la afección de la tolerancia a la glucosa representan fuertes factores de riesgo para la enfermedad vascular, incluyendo desórdenes cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica. Como una consecuencia de esto, el índice de crecimiento de masa corporal y el decremento de la actividad física, han influido en los índices mundiales de diabetes-predominantemente diabetes tipo II- los cuales van en aumento. De acuerdo a los modelos de la Organización Mundial de la Salud, el número de personas con diabetes crecerán de 135 millones de personas en el año de 1995 a 300 millones para el año 2025; esto es, un 35% de incremento en la prevalencia mundial. Los aumentos más grandes en la prevalencia de la diabetes serán en China (arriba del 59%), seguidos por América Latina y el Caribe (41%), además de otros países asiáticos y las islas del pacífico (41%). Las economías de mercado incrementarán del 26% al 28%.

La prevalencia de diabetes varía grandemente por región geográfica, raza y grupo étnico. Ahí parece ser clara la predisposición genética de varios grupos étnicos y raciales. Por ejemplo, los indios que viven en el suroeste de Estados Unidos son ocho veces más propensos a desarrollar la diabetes que la población general de ese país (Knowler, Pettitt, Saad y Bennett, 1990).

Algunos otros estudios sugieren que los habitantes sur-asiáticos y los indios también tienen la tendencia a sufrir un riesgo más alto de esta enfermedad que los europeos por ejemplo.

La diabetes mellitus está asociada con otros factores cardiovasculares de riesgo, incluyendo niveles altos de triglicéridos, alta o baja densidad de niveles lipoproteínicos, obesidad e hipertensión. En términos relativos, el riesgo atribuible a la diabetes es más alto en mujeres que en hombres.

2.10.2.6 Ejercicio y Obesidad

La obesidad está claramente asociada con alto riesgo de enfermedad coronaria. Sin embargo, mucho de este riesgo puede ser mediado por otros factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, incluyendo hipertensión, diabetes mellitus y desequilibrio de perfil de lípidos.

Mientras los índices de tabaquismo e hipertensión tienden a incrementar en una fase temprana en la transición epidemiológica, la obesidad tiende a incrementar después. La obesidad y el sobrepeso no están limitados a las economías de mercado. En muchos países de economía en desarrollo, la obesidad parece coexistir con la desnutrición (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

El ejercicio físico regular reduce la demanda de oxígeno del miocardio e incrementa la capacidad para seguir practicando ejercicio, y ambos están asociados con niveles bajos de riesgo coronario. Una serie de estudios prospectivos han demostrado una asociación entre los niveles de actividad física y reducción de índices de morbilidad cardiovascular y mortalidad (Paffenbaker, Hyde y Wing, 1986).

Además, con el incremento del ejercicio, aún en la vida media o tardía se reduce el riesgo coronario en hombres y en mujeres. Los índices de accidente vascular cerebral también decrecientan con aquellos hábitos de ejercicio de toda la vida, independientemente de la hipertensión (Lee, Paffenbarger, 1998).

La información de inmortalidad sugiere que 200 mil muertes resultan de la inactividad física anual en Estados Unidos.

La Asociación Americana del Corazón recomienda un gasto de energía de aproximadamente 2000 calorías cada semana mediante el ejercicio, un nivel que pueda ser alcanzado con un esfuerzo modesto diario (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

Lamentablemente, únicamente el 25% de la población estadounidense realiza este nivel de actividad (Surgeon General's Report on Physical Activity and Health: from the Centers for Disease Control and Prevention, 1996).

Los mecanismos por los cuales el ejercicio disminuye el riesgo vascular permanece incierto, pero probablemente incluye efectos favorables sobre la presión sanguínea, control de peso, perfil de lípidos y el mejoramiento de la tolerancia a la glucosa (Surgeon General's Report on Physical Activity and Health: from the Centers for Disease Control and Prevention (1996).

Los programas de reducción de peso deberían incluir ejercicios como un componente, una medida efectiva combinada con una restricción dietética.

Sin embargo, es importante reconocer que la obesidad por sí misma está asociada con el aumento del riesgo cardiovascular a pesar de los niveles de actividad (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

2.10.2.7 Situación de los Estrógenos.

Antes de la menopausia, las mujeres tienen una incidencia más baja al ajuste a la edad, así como los índices de mortalidad para la enfermedad coronaria en

relación a los hombres. Los índices de la incidencia específica por género convergen después de la menopausia, indicando un papel principal para los estrógenos en la postergación de la arteriosclerosis.

Por otra parte, entre las mujeres postmenopáusicas, los estudios prospectivos sugieren que el uso de estrógenos reducen el riesgo cardiovascular de un 35% a un 45% (Grodstein y Stampfer, 1995).

Sin embargo, la utilidad clínica de los estrógenos es controversial porque los riesgos potenciales de su uso incluyen cáncer en el endometrio, cálculos biliares, trombosis venosas y la posibilidad de cáncer en los senos.

2.10.3 PSICOLÓGICOS

2.10.3.1 Estrés mental y riesgo cardiovascular.

La estimulación adrenérgica del estrés mental puede claramente aumentar los requerimientos de oxígeno miocárdico y agravar la isquemia miocárdica. El estrés mental puede causar vasoconstricción coronaria, particularmente, en las arterias coronarias ateroscleróticas y por consiguiente puede influir en el suministro de oxígeno al miocardio (Yeung, Vekshtein, Krantz, 1991).

La isquemia miocárdica provocada por el estrés mental puede predecir futuros eventos coronarios.

Las catecolaminas pueden también fomentar alteraciones en la trombosis y la coagulación que pudieran favorecer la formación de coágulos. Estos factores pueden también causar complicaciones de lesiones ateroscleróticas preexistentes. Lo que parece menos certero es el efecto del estrés mental per-se sobre el desarrollo de la arteriosclerosis.

Los estudios en este aspecto han planteado retos, porque las medidas para el estrés mental dan por sí mismas menos recursos a las observaciones clínicas controladas que otras más fácilmente cuantificables como factores de riesgo.

Las intervenciones conductuales combinadas con cambios dietéticos han demostrado en algunos estudios el decremento de la arteriosclerosis o sus manifestaciones.

Los estudios en curso tales como mejoras en la recuperación en la enfermedad coronaria los cuales incluyen intervenciones específicas dirigidas a factores psicosociales, aclaran este impalpable pero importante contribuidor de riesgo cardiovascular (ENRICH, 2000).

2.10.3.2 Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad coronaria. Modelo de conducta tipo A y hostilidad.

Dado que no es objetivo de este trabajo el estudio de la conducta tipo A, sólo se expondrá de manera breve, por considerarla un factor de riesgo en el desarrollo de las enfermedades del corazón.

Se ha descrito que un número sorprendente de pacientes con enfermedad coronaria parecen ser compulsivos, con mucho empuje para hacer las cosas, pero que son incapaces de relajarse, sintiendo rápidamente enojo y frustración cuando las cosas no proceden según lo planeado. Tales observaciones fueron hechas por el año de 1960 por Friedman y Rosenman, quienes propusieron el concepto de conducta tipo A, la cual fue en realidad una agrupación de características psicológicas y modelos conductuales. Ésta, de acuerdo a estos autores, tiene su origen en una descripción de cierto tipo de conductas.

De esta manera, los individuos con conductas tipo A luchan por alcanzar varios objetivos tan rápido como sea posible desde un ambiente que continuamente parece oponerse a sus esfuerzos. La conducta tipo A está llena de ambiciones, urgencia en el tiempo, enojo, y hostilidad. Las personas tipo A son excesivamente competitivas y agresivas con un anhelo extremo de alcanzar el éxito y el reconocimiento y viven en una continua y rigurosa búsqueda de una meta. Contrariamente, los individuos con conducta tipo B son relajados, no viven aprisa y son menos agresivos, tampoco se sienten mal ante la frustración.

El tipo A también caracteriza una personalidad que incluye o combina ambición, competitividad, agresividad, impaciencia y un agudo sentido de urgencia en el tiempo (Chávez, 1982).

Desde el punto de vista físico, esto se manifiesta por sí mismo en una tensión general, un estilo explosivo en el modo de hablar, un estado de alerta, un sentido de urgencia de las cosas, e irritabilidad, entre otras características (Friedman y Rosenman, 1974).

Como la hostilidad también se encuentra asociada con un incremento en el riesgo de la enfermedad coronaria. Otros factores de riesgo son aquellos que están relacionados a las promociones en el trabajo y un alto sentido de responsabilidad en el desempeño de los mismos.

Algunos estudios en 1970 y 1980 se realizaron en individuos sanos con el modelo de conducta tipo A contra aquellos con conducta tipo B y se encontró que los primeros tenían un índice significativamente elevado de desarrollo de enfermedad coronaria (dos veces más alto) e infarto al miocardio (cinco veces más alto). Algunos estudios longitudinales replicaron estos hallazgos, pero un

número sustancial incluía la característica de factor de riesgo, lo cual fracasó al apoyar esta asociación. En particular, diversos estudios, no encuentran que el modelo de conducta tipo A predice la subsecuente incidencia de eventos cardíacos entre pacientes con la enfermedad coronaria ya establecida.

Por su parte, Rodríguez, Gil, Martínez, González y Pulido (1997) proponen que el modelo de conducta tipo A implica rasgos en la personalidad, los cuales cuando interactúan con ciertos eventos ambientales, resultan en una serie de comportamientos.

Dado que una de las características más sobresalientes de este tipo de conducta es la ansiedad, ésta es la condición más común que produce y complica el problema cardiovascular.

De esta manera, las investigaciones pioneras de Meyer Friedman y Ray Rosenman, se relacionan con ataques cardíacos y un patrón peculiar de personalidad, el tipo A. La ansiedad resultante, induce a cambios bioquímicos que precipitan dichos problemas coronarios.

Por lo tanto, Meyer Friedman y Ray Rosenman, definieron desde 1969, al patrón de comportamiento tipo A como: "un complejo acción-emoción característico, exhibido por aquellos individuos involucrados en una lucha crónica para obtener un sin límite de cosas pobremente definidas de su ambiente en el período de tiempo más corto posible, y si es necesario, contra los esfuerzos opuestos de otras cosas y personas en el mismo ambiente" (Schneider, 1988, p. 21).

Algunos investigadores de estrés, enfermedad y patrón de conducta tipo A (Chávez, 1982; Schneider, 1988; Taylor, 1981); por mencionar algunos, sostienen que existe una importante relación entre los fenómenos conductuales,

ambientales y aquellos de naturaleza biológica, ya que aquellas personas que no manifiestan esta conducta llevan un ritmo de vida más relajado y más

adaptativo en las situaciones problemáticas; además de que ésta influye en la predisposición y precipitación de la enfermedad coronaria.

Estudios epidemiológicos por ejemplo, han descrito patrones de temperamento y de comportamiento humano, explicando su correlación con la aparición de algunas enfermedades; unas de ellas son la aterosclerosis e insuficiencia coronaria (Friedman y Rosenman, 1974). De esta manera, se han separado a los individuos que presentan conducta tipo A (con alto riesgo coronario) y los de tipo B, con riesgo mucho menor.

Para su mejor comprensión, Chávez (1982) hace una distinción y un análisis entre las características de personalidad A y B como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2: MODELO DE CONDUCTA TIPO "A" y "B".

PATRON TIPO A	PATRON TIPO B
Ambicioso, dominador, impaciente, agresivo, con espíritu de competencia.	Puede ser serio, trabajador, pero toma la vida más a su gusto. No se impacienta. Conversa y aún divaga en el trabajo.
Ante el estrés de la vida moderna tiene reacciones de impotencia. Se mantiene bajo clima forzada, pero con rabia retenida al verse obligado a dominar sus reacciones.	Puede ser despreocupado y no muy trabajador, tiene tendencia a perder el tiempo.
Posee al extremo un espíritu de competencia. Vive continuamente obsesionado del tiempo perdido, se irrita por retardos en restaurantes, aeropuertos, embotellamientos, así como con las personas que parecen no comprenderlo de inmediato.	Se adapta, contento a todas las circunstancias.
Tendencia a comer, caminar, manejar y escribir de prisa, incluso cuando no tiene	Lleva vida familiar, escucha a las personas sin interrumpirlas.

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*

por qué hacerlo. Lucha constantemente contra el reloj. No sabe descansar. No puede estar sin hacer nada.	
Se esfuerza en obtener una mayor cantidad de bienes materiales.	Toma tiempo para descansar.

Tabla 2: MODELO DE CONDUCTA TIPO “A” y “B”.

PATRON TIPO A	PATRON TIPO B
Insatisfecho crónico en relación a sus logros, su salario, sus economías, su forma de vida.	No es esclavo del tiempo.
Trabajador en extremo. Aún el descanso lo convierte en trabajo. Niega el sentido de fatiga.	Su espíritu de competencia es mucho menos agudo. Habla y come calmadamente.
Perfeccionista. Confía sólo en él mismo y él finalmente decide.	Más razonable y menos encolerizable.
Es resuelto. No evade jamás sus decisiones y objetivos.	Los B utilizan a los A, aunque los A no respetan a los B.
El dinero no le interesa más que como parte de su juego, pero a medida que asciende, peor retribuido se sentirá.	
No se dirige a sus subordinados tan duramente como a sí mismo, pero no tiene tiempo para perderlo con ellos. Quiere su respeto, no su amistad. Es, sin embargo, más sensible que el B, pues detesta correr a nadie y más si es valioso.	
Extrañamente se acuesta más temprano que el B. Es puntual y espera lo mismo de los demás.	
Cuando abandona su oficina cada tarde, la deja bien arreglada, nada fuera de su lugar y con la papelería en orden.	
No ama el deporte. No le interesa ni pierde el tiempo en practicarlo.	

En términos generales, investigadores como Cox (1978; Guillén, Gutiérrez, Ito y Contreras (2000); Holroyd y Lazarus (1982); Lazarus y Folkman (1986); sostienen que el estrés puede incidir sobre la salud a través de la alteración de los sistemas fisiológicos y psicológicos y Taylor (1981), apoyan esta idea y agregan que el estrés y la ansiedad, así como la conducta tipo A son factores que están estrechamente vinculados con la enfermedad coronaria.

Por su parte, Schneider (1988) agrega que la asociación entre personalidad tipo A y enfermedad coronaria está determinada por la ocupación, el sexo, la edad y otros factores demográficos y geográficos.

No obstante las investigaciones anteriores, Braunwald, Zipes y Libby (2001), sostienen que los hallazgos contradictorios conducen a una búsqueda de más características o componentes de la conducta tipo A que pudieran estar más cercanamente asociados con la enfermedad coronaria.

2.10.3.3 Ansiedad y Depresión.

Trabajos recientes han empezado a enfocar la influencia de la depresión y en menor grado de la ansiedad sobre la llegada, curso y resultado de la enfermedad coronaria. Diversas investigaciones indican que la mayor depresión y síntomas depresivos en individuos sanos y en pacientes con enfermedad coronaria, confieren un alto riesgo para eventos cardiacos subsecuentes. También se ha encontrado que la depresión es prevalente en pacientes con enfermedad coronaria.

Clínicamente, se encuentran síntomas depresivos significativos en una proporción de un 40% a un 65% en los pacientes después de un infarto al miocardio, y la prevalencia de desórdenes depresivos graves llega a ser de un 20% a un 25% en tales pacientes.

Aunque la mayor parte de los sujetos en estos estudios han sido hombres, hay evidencia de que el riesgo de depresión en mujeres con enfermedad coronaria es dos veces más alta que los hombres. La depresión aumenta y prolonga los síntomas cardiacos. Los pacientes con enfermedad coronaria tienen más síntomas cardiacos severos que los no deprimidos que padecen la misma enfermedad, aún después del control de la enfermedad cardiaca. Además, estos pacientes tienen grandes niveles de angina durante las pruebas de rutina de ejercicio y tienen angina más persistente después del infarto al miocardio. En

suma, la depresión engendra discapacidad y daño en el rol que se juega y afecta la terapia médica y la rehabilitación cardíaca (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

La depresión también ejerce una influencia negativa sobre el pronóstico del curso y consecuencia de la enfermedad coronaria. Después de infarto al miocardio, la depresión incrementa el riesgo de futuros eventos coronarios, incluyendo reinfarto, paro cardíaco y muerte, después de tomar en cuenta la severidad de la enfermedad coronaria.

La depresión también parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad coronaria, aunque la evidencia aquí es menos amplia y menos concluyente, especialmente desde el momento en que la depresión tiende a co-ocurrir con otros factores de riesgo para la enfermedad coronaria.

Por ejemplo, los individuos depresivos tienden a poner menos cuidado en sí mismos, ponen menos atención a la ingesta de sus alimentos, beben más alcohol, fuman más, tienen menos motivación y energía para hacer ejercicio y son menos probables a buscar cuidados médicos y cumplen con un régimen médico. Además de la depresión, la ansiedad crónica y los desórdenes de ansiedad tales como ataques de pánico y fobias parecen ejercer una influencia negativa sobre el corazón y diversos estudios sugieren una relación entre el desorden de ansiedad, la morbilidad y la mortalidad cardíaca (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

2.10.3.4 Ansiedad, estrés y enfermedad cardiovascular.

Se ha demostrado que el estrés agudo inducido de manera experimental, como el asociado con la experiencia de hablar en público y las tareas mentales aritméticas, provocan una reducción de la función ventricular izquierda,

alteraciones regionales del movimiento de las paredes y espasmo de arterias coronarias en pacientes con enfermedad arterial coronaria conocida.

En especial, el trastorno de pánico se relaciona con altas tasas de dolor precordial atípico, lo que dificulta su diagnóstico diferencial así como el prolapso de la válvula mitral de forma poco clara (Salín, 2003).

Para resumir los factores de riesgo psicológico, Haynal y Pasini (1980) comentan que los individuos que parecen estar especialmente expuestos a sufrir infarto son aquellos que:

- ☞ Tienen el sentimiento de tener pesadas cargas familiares.
- ☞ Viven en un contexto sociocultural que favorece ciertas actitudes, por ejemplo la competitividad.
- ☞ Presentan tendencias agresivas competitivas, que ambicionan una situación socioeconómica cada vez más alta por tener una exigencia interna muy fuerte, muy demandante, que no pueden resolver.
- ☞ Están expuestos a situaciones de estrés que obedecen a problemas internos y externos.

Por último, estos autores agregan que cuando el infarto aparece en aquellos individuos que tienen 60 años de edad aproximadamente, los factores de riesgo que intervienen son más bien de índole biológico, son los tradicionales; sin embargo, para las personas más jóvenes, quienes tienen alrededor de 40 a 50 años de edad, los factores de riesgo que influyen en el infarto son de origen psicológico, más que orgánico.

2.10.3.5 Factores Psicosociales.

Un número de factores psicosociales, culturales y ambientales, incrementan el riesgo de la enfermedad coronaria, independientemente o en combinación. Esto incluye el aislamiento social y la carencia de apoyo social; el estrés cotidiano tal como la tensión en el trabajo y características sociodemográficas. Es importante

recordar que estos factores psicosociales de riesgo tienden a asociarse con otros y además a co-ocurrir en las mismas personas.

Estos factores también tienden a estar asociados con el estilo de vida que no es saludable; por ejemplo, el estrés puede estar correlacionado con el tabaquismo y el abuso en el consumo de alcohol. Además el peso corporal y el no contar con apoyo social trae como consecuencia la baja probabilidad de que la gente siga un régimen médico. Esta co-ocurrencia o agrupación de factores psicosociales dentro del mismo individuo es importante y este efecto de interacción también hace el estudio de estas variables más difícil (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

2.10.3.6 Apoyo Social.

Existe una asociación entre apoyo social y psicológico. Autores como Holahan y Moos (1990) proponen un modelo de enfrentamiento en el cual las funciones de enfrentar son un mecanismo a través del cual el apoyo social está relacionado al ajuste (Lazarus y Folkman, 1984), describieron un modelo en donde un individuo hace frente a los estímulos dañinos del medio.

Holahan y Moos (1987); Moos, Brennan, Fondacaro y Moos (1990), proponen en su estudio que los individuos que gozaron de mayores recursos sociales provenientes de sus familias o amigos, se defendían más al enfrentar con un estilo no evitativo y una evaluación positiva de los eventos estresantes del medio ambiente.

Por su parte, Holahan y Moos (1990), agregan que en la predicción del ajuste a las respuestas de enfrentamiento, los recursos personales y sociales están relacionados indirectamente al ajuste psicológico a través de estilos de enfrentamiento adaptativos.

Ante fuertes eventos estresantes las características de personalidad que pueden ser adaptativas así como el apoyo familiar, operan de una manera prospectiva como recursos de enfrentamiento, los cuales median entre los recursos iniciales que tiene el individuo y su posterior estado de salud.

Los aspectos negativos de las relaciones sociales involucran estresores sociales. Los estresores sociales involucran el mismo contenido que a veces tiene el término apoyo negativo, tales como, conflicto y crítica de amigos y miembros de familia (Holahan, Holahan, Moos y Brennan,1997).

2.10.3.7 Ajuste psicosocial a la enfermedad cardiaca.

La enfermedad cardiaca es el principal agente estresante que hace surgir o pone de manifiesto la capacidad adaptativa de los pacientes y la de sus seres queridos.

2.10.3.8 Estrés de vida y tensión en el trabajo.

En este apartado se abordará de manera muy general la tensión en el trabajo, ya que más adelante se describe con mayor detalle en el capítulo de estrés y enfermedad coronaria, subtítulo estrés laboral.

De manera general se puede decir que ha habido un gran interés en la relación entre estrés de vida y desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria. En los seres humanos, hay dos formas diferentes de estrés que han recibido particular atención: eventos de vida que ponen a prueba las habilidades de adaptación (tales como divorciarse, cambiarse de casa, luchar contra dificultades financieras, estar involucrado en un pleito o demanda, o bien, la muerte de un ser querido), y además frustraciones cotidianas y recurrentes. Algunos estudios en individuos que sufren más los eventos de vida estresantes han encontrado

una asociación con la incidencia de infarto al miocardio, el desarrollo de la enfermedad coronaria o mortalidad cardíaca, mientras que otros estudios posteriores no han encontrado una asociación estadísticamente significativa.

En relación al estrés de vida cotidiano, la tensión en el trabajo y otras formas de estrés relacionadas a este factor han recibido atención considerable. La tensión en el trabajo es definida como la combinación de altas demandas laborales con la pequeña autonomía o control sobre las propias condiciones de trabajo, rutina u horarios.

La tensión en el trabajo se ha asociado con un aumento en el riesgo de la enfermedad coronaria en gente sana, (Cigarette Smoking Among Adults, 1997), pero su impacto sobre el pronóstico de la enfermedad ya desarrollada es menos claro. Estudios de muestras representativas de la población tanto en Estados Unidos como en Europa revelan que tanto los hombres como las mujeres trabajadores con un alto grado de tensión en sus trabajos tienen una prevalencia más alta de enfermedad coronaria y una incidencia más alta de infarto al miocardio que aquéllos con una tensión baja en sus trabajos (Karasek, Theorell, Schwartz, 1982).

2.10.4 DEMOGRAFICOS

2.10.4.1 Características Sociodemográficas.

El estado de la salud en general se correlaciona con la posición socioeconómica y las personas de condición más baja tienen índices más altos de enfermedad coronaria y pronósticos más pobres después del infarto al miocardio. La posición económica más baja (si es evaluada por educación, ocupación o ingresos) predispone prospectivamente a la gente sana a un aumento en el riesgo de esta enfermedad.

El decremento de la mortalidad por enfermedad cardiovascular en los pasados treinta años en Estados Unidos, ha sido más pronunciado entre aquellos de nivel socioeconómico más alto y las razones de esto no son claras, porque los hábitos de salud (incluyendo el no fumar y el control de peso) tienden a estar asociados con el nivel socioeconómico.

En suma, la exposición a eventos de vida estresante, la tensión laboral y la falta de apoyo social, así como un pobre autocontrol son factores que también pueden contribuir a la relación entre nivel socioeconómico y la aparición de la enfermedad coronaria. (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

2.10.4.2 Factores Socioculturales.

Estudios epidemiológicos sugieren que existe una relación entre presión sanguínea alta y condiciones socioculturales. Esencialmente la hipertensión tiende a ser menos prevalente en sociedades con tradiciones culturales más fuertes y que mantienen más ampliamente un sistema de valores que en sociedades con mayor desintegración, altos índices de crimen y menos orden social. En sociedades que experimentan o sufren transiciones, conflictos o

desintegración, la presión sanguínea tiende a elevarse a través del tiempo, pero pueden estar contribuyendo muchos factores (como los cambios en la dieta).

Los individuos que viven en ambientes más hacinados y estresantes tanto de vida como de trabajo, tienden a mostrar niveles elevados de catecolaminas, reacción cardiovascular e hipertensión (Braunwald, Zipes y Libby, 2001).

2.11 GÉNERO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Autores como Brody (1993); Diener, Savick y Larsen (1985); son retomados por Kubzansky y Kawachi (2000), quienes realizaron una revisión de la literatura y resumen que la prevalencia de ansiedad y desórdenes depresivos tiende a ser

más alta en mujeres que en hombres. Las mujeres reportan sentir una gran variedad de emociones más que los hombres y pueden expresar verbalmente sus emociones con más intensidad. Por el contrario, algunos estudios han sugerido que los hombres pueden sentir el enojo con mayor frecuencia y pueden expresar sus emociones en niveles más altos de estimulación fisiológica que las mujeres (Brody, 1993 y Stoney, 1994).

Las investigaciones sobre las diferencias de género en la reacción cardiovascular en los estudios de laboratorio han producido hallazgos contradictorios. Algunas investigaciones han sugerido que los hombres son en general más reactivos (Lawler, Wilcox y Anderson, 1995); por lo menos expresan mayores respuestas en la presión sistólica sanguínea que las mujeres (Stoney, Davis y Matthews, 1987); en las áreas donde otros han encontrado diferencias poco significativas (Girdler, Turner, Sherwood y Light, 1990).

Kubzansky y Kawachi (2000) concluyen en su estudio que la evidencia creciente apoya la hipótesis que las **emociones negativas** influyen en el desarrollo de la **enfermedad cardiovascular**. La evidencia es más fuerte para la ansiedad como

un factor de riesgo potencial para la enfermedad coronaria, en las áreas donde el enojo y la depresión son más controversiales.

En el vínculo entre enojo, ansiedad y depresión y comienzo de enfermedad cardiovascular, las investigaciones que se han hecho al respecto sugieren que es necesaria la colaboración interdisciplinaria entre investigadores psicosomáticos, epidemiólogos y cardiólogos clínicos.

Autores como Jousilahti, Vartiainen, Tuomilehto y Puska (1999) comentan que existe una marcada diferencia entre hombres y mujeres en el riesgo de padecer enfermedad coronaria.

Entre la gente de mediana edad, la enfermedad cardiovascular es de dos a cinco veces más común en hombres que en mujeres, sin embargo, para ambos sexos, el riesgo coronario aumenta con la edad, sobre todo, si las mujeres dejan de producir estrógenos.

Para estos investigadores, las razones por las cuales existen diferencias de sexo en la enfermedad cardiovascular, todavía no son muy claras. Aún cuando en la mayor parte de las poblaciones los factores de riesgo cardiovascular son más favorables entre mujeres que entre hombres, la información para su análisis todavía es muy limitada.

Por lo tanto, el objetivo del estudio de estas personas fue: (1): evaluar si la asociación entre tabaquismo y cantidades de colesterol total en la sangre (HDL, índices de colesterol total, presión sanguínea, presencia de diabetes y obesidad) con riesgo cardiovascular era similar entre hombres y mujeres, (2): conocer el grado en el cual las diferencias entre estos factores de riesgo podían explicar las diferencias de sexo en la incidencia de la enfermedad cardiovascular

y mortalidad, por último; (3): qué tanto los cambios en los niveles de factores de riesgo explicaban las diferencias del desarrollo de la enfermedad cardíaca entre los grupos de edad.

Los resultados indicaron que la incidencia de enfermedad cardiovascular en hombres comparada con las mujeres fue aproximadamente tres veces más alta, y el índice de mortalidad fue aproximadamente 5 veces mayor. Muchos de los factores de riesgo fueron más favorables en las mujeres, y las diferencias de sexo se orientaron hacia una disminución de la presencia de éstos con el incremento de la edad.

Las diferencias entre los niveles de colesterol, presión sanguínea, índices de masa corporal y existencia de diabetes, reportaron menor incidencia en los hombres que en las mujeres.

A pesar del marco desalentador que ofrecen las investigaciones para las distintas poblaciones, es sabido que las enfermedades cardíacas son controlables y se pueden curar, siempre y cuando los pacientes lleven a cabo un continuo programa de rehabilitación cardíaca, que consiste principalmente, en una dieta baja en sales y grasas, practicar ejercicio moderado, suspender los hábitos de tabaquismo y alcoholismo, además de tener un control de peso, tratar de no exponerse a situaciones de vida estresantes, seguir las indicaciones médicas y no olvidar la ingesta de fármacos.

2.11.1 Insuficiencia cardíaca en las mujeres

Informes estadísticos actualizados del 2004 sobre el corazón de la Asociación Americana del Corazón estiman que el 51% de los 5 millones de estadounidenses con insuficiencia cardiaca (IC) crónica son mujeres (American Heart Association, 2005, en Barnard, 2005). Las mujeres suponen aproximadamente el 60% de la población en Estados Unidos por encima de los 65 años y el 75% de la población con más de 85 años (National Health Care Statistics, 2002, en Barnard, 2005.).

Investigaciones realizadas por este autor, indican que, aunque el diagnóstico de insuficiencia cardiaca es más alto en hombres, cada año mueren más mujeres que hombres. Además, las poblaciones con insuficiencia cardiaca están integradas por personas que se encuentran en la etapa final de cualquier tipo de enfermedad cardiovascular. En las mujeres, la condición cardiovascular más frecuente que predispone la insuficiencia cardiaca es la hipertensión arterial,

mientras que la cardiopatía isquémica se encuentra en los hombres (Barnard, 2005).

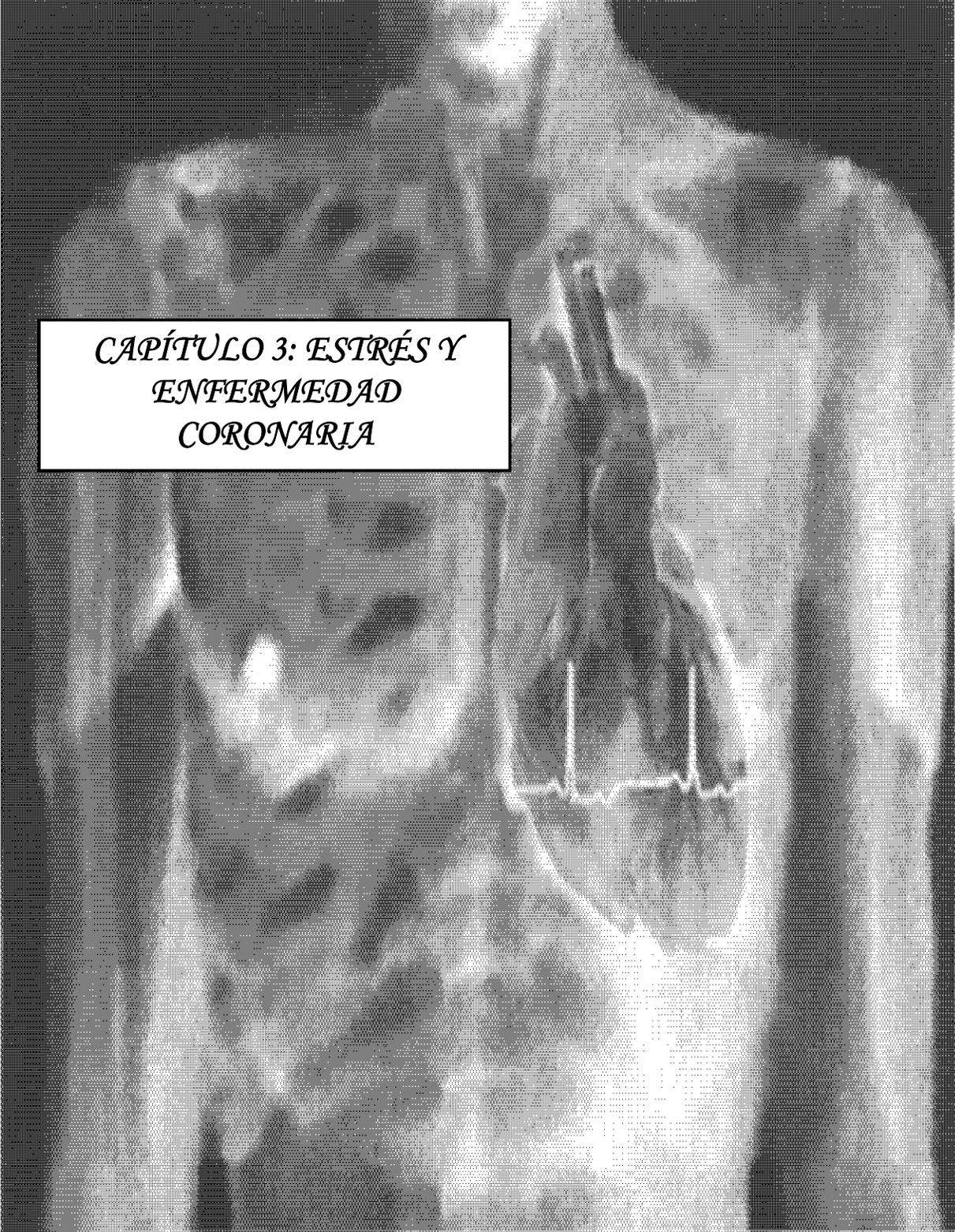
Este autor comenta que para poder hacer una evaluación de la influencia que tiene el sexo en los resultados clínicos de la enfermedad, es necesario conocer cuál es el perfil epidemiológico de la población que se va a estudiar, de donde se derivan una serie de estadísticas. El análisis de la influencia que tienen los factores de riesgo coronario y de la etiología de la propia enfermedad en tasas de morbilidad y mortalidad que se realicen a posteriori, deberían de dar una perspectiva en la consideración de los métodos de prevención y tratamientos que se pueden ver afectados por el sexo.

La cardiopatía isquémica es otro factor de riesgo para el desarrollo de la insuficiencia cardiaca. Su prevalencia indica que es menor en mujeres que en

hombres, sobre todo en las jóvenes, en virtud de que por condiciones de edad, los estrógenos que todavía produce su organismo, funcionan como una barrera protectora contra la enfermedad. Después de tal condición, esa diferencia se disipa con el envejecimiento. Sin embargo, las mujeres que han sufrido un infarto, tienen más probabilidad que sus pares masculinos de desarrollar insuficiencia cardiaca.

Por tales motivos, es menester que las mujeres una vez llegada la menopausia, que anuncia el cese de la producción de estrógenos, realicen chequeos médicos y psicológicos para evitar el posible desarrollo de cualquier enfermedad del corazón que puede ser fatal.

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*



*CAPÍTULO 3: ESTRÉS Y
ENFERMEDAD
CORONARIA*

ESTRÉS Y ENFERMEDAD CORONARIA.

*"El equilibrio mente-cuerpo es la clave para tener un corazón sano".
Deepak Chopra.*

*"Durante horas, días y hasta semanas, el individuo soporta a pesar suyo una
tortura que modifica las condiciones de su existencia, y lo enfrenta, si persiste, a
periodos de ansiedad o desaliento. Pero el alivio, e incluso la recuperación de la
salud, en principio se encuentran al final de la prueba".
David Le Breton*

3.1 ESTRÉS. Introducción.

Resulta obvio que el fenómeno del incremento de la morbilidad y mortalidad debida a la cardiopatía isquémica está íntimamente relacionado con el aumento de los estresores de la vida cotidiana. Por tal motivo, actualmente se realizan numerosas investigaciones, sobre todo, con cierta especificidad en lo que se refiere a la participación de las emociones.

El estrés es un concepto que empieza a recibir un peso específico desde el punto de vista profesional y de manera generalizada después de la Segunda Guerra Mundial, ya que desde antes ya se le investigaba con las evidencias en los estudios de Walter Cannon. Después de la Segunda Guerra Mundial, resultó evidente que el estrés no sólo se aplicaba a eventos catastróficos, sino a situaciones de la vida cotidiana y que las aflicciones que producía en las personas, les podía causar enfermedades graves desde el punto de vista psicológico y médico.

En el siglo XVII, el mencionado término adquirió su primera importancia técnica cuando el físico-biólogo Robert Hooke lo llevó a la ingeniería en el diseño de estructuras de concreto como los puentes, que deben resistir cargas pesadas y los embates del clima para que no se caigan, de tal forma que una de las tareas

de esta ciencia ha sido el saber construirlos para que puedan soportar. Hooke estaba especialmente interesado en las propiedades de los metales que los hacen vulnerables a la deformación o rotura, como producto de una carga o un esfuerzo que se ejerza sobre ellos, así que tenía que elegir el metal más adecuado para el tipo de carga que dicha estructura tendría que aguantar.

El análisis de este investigador influyó de manera importante para definir la tensión en fisiología, psicología y sociología más tarde. De esta manera, el estrés se convirtió en el término para conceptualizar una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, que sería análoga a la carga que un puente podría tolerar (Lazarus y Lazarus, 2000).

En un panorama más actual, el término “estrés” es de uso tan común que, desde una primera mirada, su significado parece claro. Además, todas las personas o la mayor parte de ellas, conocen las cosas que las estresan y qué se siente el estar estresado.

El Diccionario Oxford de inglés asegura que este término ha estado en uso desde el pasado siglo XVIII. El problema es que, este concepto ha sido de uso tan común que ha tomado una variedad de significados, por ejemplo, cuando es usado como sustantivo o como verbo. Cuando se le emplea como el primero, se hace referencia a eventos externos o a un estado interno. De manera similar, el verbo estrés puede ser activo (estresarse) o pasivo (estar estresado). También se ha visto que el estrés no sólo trae consecuencias negativas para las personas, sino también positivas, como por ejemplo, ser ascendido o promovido en un trabajo (Aldwin, 1994).

Pearlin y Schooler emplearon en 1978 el término “stressor” (estresor) para referirse a eventos externos y usan el término “strain” (tensión) para referirse a estados internos estresantes (Aldwin, 1994). Desde el punto de vista

transaccional sin embargo, esta distinción entre estados internos y externos es difícil de justificar, dada la importancia de los procesos de evaluación cognitiva en la percepción del estrés. Además, muchas disciplinas han estudiado uno u otro aspecto del estrés, extendiéndose desde las ciencias biológicas como la fisiología, la bioquímica y neurofisiología hasta las ciencias psicológicas como el psicoanálisis, la personalidad, las teorías del aprendizaje, la psicología del desarrollo, o las ciencias sociales como la antropología y la sociología. Así, el concepto de estrés para cada una de estas áreas de conocimiento tiende a variar.

Los estudios sobre el estrés han incluido diversos tópicos, como por ejemplo hombres que viven bajo ciertas condiciones en un campo de batalla, problemas de comunicación en un conmutador cuando hay tráfico de llamadas, las sequías en los campos de cultivo, estudiantes que contestan un examen, etc. Por tales razones, muchos investigadores prefieren dar una definición del término estrés en estudios específicos. Los fisiólogos conducen estudios sobre modelos de conducta animal, en los cuales el interés particular recae sobre el estrés como un estado fisiológico, orientado a las respuestas neuroendócrinas y a las reacciones inmunológicas del organismo. Con notables excepciones, algunos psicólogos y sociólogos generalmente concentran la definición a ocurrencias externas y a las reacciones emocionales de los individuos ante éstas.

3.2 DEFINICIONES.

Boskis (2001) cita a la Real Academia Española, la cual define al estrés como: “situación de un individuo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, nos pone en riesgo próximo a enfermar”. En su práctica, este autor, considera el término como “equivalente a la respuesta o reactividad del organismo de índole física o emocional a toda demanda de cambio real o imaginario que produce adaptación y/o tensión”. Esta respuesta puede ser aguda (alarma) o crónica (estado de vigilancia), en cada

caso, inadecuada o adecuada. El estrés puede también ser considerado como un ajuste entre la expectativa y la realidad.

Por su parte, hacia 1936 Hans Selye (en Rabkin y Struening, 1976; Roberts-Field y Olsen, 1980; Sarason, 1983) describe la reacción al estrés como un síndrome general de adaptación. Es una serie de respuestas a los agentes ambientales nocivos, donde el agresor puede ser físico o psicológico, poniendo en acción al sistema nervioso y repercutiendo en el sistema de defensa del organismo.

En esa misma fecha, Selye utilizó el término estrés en un sentido técnico muy especial, definiendo con él a un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas); una reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación. "El estrés no era una demanda ambiental (a la cual Selye llamó *estímulo estresor*) sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda" (Lazarus Y Folkman, 1986, p. 26).

En sus estudios de endocrinología y estrés, Selye pronto se dio cuenta que los animales respondían de manera muy similar a diferentes tipos de estrés, incluyendo los cambios de temperatura como el frío intenso, las lesiones, los agentes bacterianos y hasta las intervenciones quirúrgicas. A este grupo de reacciones las definió como el estado manifestado por un síndrome específico, consistente en una serie de cambios inducidos dentro de un sistema biológico. Tal concepto está basado en una interrelación entre la influencia del ambiente externo y los cambios fisiológicos, los cuales pueden inducir a eventos patológicos en el organismo (Taylor, 1981). Por lo tanto, el endocrinólogo llegó a convencerse de que la víctima al experimentar un Síndrome General de Adaptación (SGA) sufría tres etapas:

1.- Reacción de alarma:

Durante esta etapa el sistema nervioso simpático y las glándulas suprarrenales ponen en movimiento a las fuerzas defensivas del cuerpo como se revisó en el capítulo 1 de este trabajo. De esta manera, las energías que produce el cuerpo se elevan al máximo para poder hacer frente a la emergencia con el fin de resistir el agente que produce la tensión. Si éste continúa, el organismo entra a la siguiente etapa.

2.- Resistencia:

El organismo permanece en estado de activación mientras el tensor permanece. Sin embargo, los sistemas que se encargan de las defensas contra virus y agentes patógenos, así como aquellos destinados al crecimiento y reparación de daños, no trabajan de manera óptima bajo esta situación. Por consiguiente, el organismo entra en un estado de debilidad y se hace muy sensible a otras tensiones, incluyendo la vulnerabilidad a las enfermedades. Si el tensor continúa o surgen otros nuevos, el organismo entra a una tercera fase.

3.- Agotamiento:

Como el cuerpo no puede mantener su resistencia de manera indefinida, paulatinamente va dando señales de agotamiento y los sistemas mencionados anteriormente se debilitan aún más. Una vez que el sistema nervioso simpático agota sus reservas de energía, el sistema parasimpático asume la dirección. Las actividades del organismo se desaceleran y pueden cesar totalmente. Si continúa el tensor, la víctima exhausta tendrá problemas para enfrentar la situación. Al llegar a este momento, la tensión prolongada puede desencadenar problemas psicológicos incluyendo la depresión, la psicosis (esquizofrenia), o también enfermedades físicas, discapacitantes o incluso la muerte (Davidoff, 1984).

Retomando la importancia de este concepto, Lazarus y Folkman (1986), comentaron que "el término estrés tal como se utiliza en física, hace referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado (*strained*) por fuerzas ambientales. Sin embargo, al usarlo en el campo de la biología, el estrés implica un proceso activo de 'resistencia'; concepto derivado del fisiólogo francés Claude Bernard (1815-1877) y basado en sus descubrimientos sobre las funciones de almacenamiento de glucosa del hígado y que indica que el cuerpo vivo se ocupa de realizar esfuerzos adaptativos iniciales para el mantenimiento o devolución del equilibrio.

Segundo, el estrés como proceso biológico de defensa, ofrece una interesante analogía con el proceso psicológico conocido como 'enfrentamiento', en el **que el individuo se esfuerza por hacer frente al estrés psicológico.**

Tercero, el concepto de estado dinámico, señala importantes aspectos de los procesos de estrés, que pueden de otro modo perderse, tales como los recursos necesarios para el enfrentamiento, su costo, incluyendo la enfermedad y el agotamiento y sus beneficios, el aumento de la competencia y el gozo por el triunfo ante la adversidad" (p.27).

En un sentido menos biológico, y antes que estos autores, Wheatley (1985) conceptualizó al estrés como "la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda". Un estresante o estresor es un agente que produce estrés en un momento dado (p. 12).

Más tarde, para Aldwin (1994), el estrés se refiere a la cualidad de experiencia producida por la transacción que hace una persona con su medio ambiente, en donde cada sobre-excitación o baja excitación resulta de una angustia psicológica y su concomitante fisiológico. Como se puede observar, esta

definición de estrés incorpora muchos de los elementos que los investigadores han usado para identificar y estudiar los efectos de este fenómeno.

Aldwin retoma en sus estudios a Mason (1975), otro estudioso del estrés, quien sostiene que existen tres definiciones para este término, o tres modos en los cuales este concepto ha sido utilizado. De esta manera, el estrés se puede referir a:

1) Un estado interno del organismo (algunas veces referido como tensión); 2) Un evento externo (o estresor); o 3) Una experiencia que surge de una transacción entre la persona y el ambiente. El siguiente cuadro presenta varios de los componentes del proceso de estrés basado en la categorización de Mason.

CUADRO 16: FORMAS DE CONCEPTUALIZAR EL ESTRÉS.

Tensión		Estresor		Transacción
Reacciones fisiológicas	Reacciones emocionales	Tipos de estrés	Evaluación Cognitiva	Intensidad
Activación simpática	Afecto negativo	Traumas, Eventos de vida	Dañina	Débil a Moderada
Supresión parasimpático	“Adormecimiento” emocional	Ambientes físicos nocivos	Pérdida, reto	Fuerte.

Como estado interno del organismo, incluye reacciones tanto fisiológicas como emocionales. Los estudios de las reacciones fisiológicas del estrés se orientan al sistema nervioso autónomo, como ya se revisó con anterioridad, mientras se asume que el estrés tiene efectos fisiológicos negativos, pero es más exacto decir que el estrés tiene un efecto activador, ya sea positivo o negativo, dependiendo de diversos factores contextuales y personales.

Las reacciones emocionales al estrés generalmente se refieren a sentimientos negativos tales como la ansiedad, el enojo y la tristeza, aunque también la vergüenza, la culpa o los sentimientos de aburrimiento pueden ser considerados como reacciones al estrés (Aldwin, 1994; Lazarus, 1991).

La segunda definición de estrés se refiere al ambiente externo. Los estudios más tempranos del estrés se centran en la existencia de un trauma principal como desastres naturales. Esta caracterización incluye eventos de vida importantes como el matrimonio, el divorcio, las pérdidas o el tener que empezar un nuevo trabajo. Otros investigadores se han enfocado en características ambientales nocivas tales como ruido, explosión demográfica o contaminación ambiental. Otros prefieren centrarse en problemas más comunes, tales como la tensión que produce un mal matrimonio o el empobrecimiento, mientras algunos más examinan los problemas o estresores cotidianos.

Por otra parte, existen dimensiones temporales del estrés, las cuales tienen que ver con su duración o su propagación. La literatura en estudios con animales indica que los efectos fisiológicos del estrés pueden ser muy diferentes dependiendo si el estresor es de corta duración, crónico o intermitente, **mientras que los estudios sobre las pérdidas sugieren que la muerte repentina podría también afectar la severidad de sus efectos negativos** (Aldwin, 1994). Un estresor puede tener un efecto limitado o podría comenzar con una reacción en cadena de efectos que alcanzan muchos campos. Por ejemplo, la pérdida de un trabajo puede traer como consecuencia problemas económicos, lo cual podría culminar en un divorcio y problemas con los hijos, y así sucesivamente.

Autores como Boskis (2001) estudian las consecuencias que produce el estrés psicosocial, y destacan que factores tales como **el divorcio, el nacimiento del primer hijo, la muerte del cónyuge, las enfermedades graves, las**

violaciones, la muerte de un hijo, el suicidio del cónyuge y las catástrofes naturales, tienen una escala de evaluación que se califica desde severa, con un valor medio de extrema, hasta llegar a ser catastrófica, de acuerdo a la intensidad que provocan estas experiencias en los individuos.

Se ha estudiado así mismo, que este tipo de sucesos de estrés producen una serie de cambios en el organismo a nivel fisiológico, los cuales desembocan en estados de salud-enfermedad. Davidoff (1984) resalta que a fines de la década de 1960, Thomas Holmes, Richard Rahe y Minoru Masuda, llevaron a cabo un programa de investigación para conocer las relaciones entre las experiencias personales y la salud. Al principio, estos psicólogos desarrollaron un cuestionario para medir la tensión que producían 43 cambios de vida comunes, por considerarlos elementos generadores de ansiedad y estrés. Se les solicitó a 400 personas que indicaran cuánta adaptación necesitaron para cada una de estas experiencias. Cada suceso tenía que compararse con el matrimonio y calificarse consiguientemente. Los resultados mostraron que **los sujetos otorgaron el primer lugar a aquellas experiencias que habían sido más representativas**, como por ejemplo; **la muerte del consorte** fue unas de las que encabezó la lista, seguida del **divorcio, la muerte de algún pariente, la lesión o enfermedad personal ocuparon los siguientes lugares, el matrimonio, la pérdida de empleo, el retiro o jubilación**, el embarazo, las dificultades sexuales, **el cambio en la situación económica, la muerte de un amigo íntimo**, fueron elementos que siguieron el orden, así como también experiencias **como cambio de empleo, modificación de responsabilidades en el propio trabajo, el éxito personal**, el inicio o culminación de la escuela y cambios en los hábitos de vida en general.

Por otro lado, Gutiérrez y Ostermann (1994) proporcionan una definición de estrés en su manual y sostienen que éste (SWS Survey) fue diseñado para

operacionalizar un modelo teórico sobre la salud mental, el estrés y los apoyos de Robert Ostermann, quien postula que el estrés consiste en el interjuego de factores en tres áreas: personal, laboral-organizacional y social-situacional. El área personal (Self) hace referencia al área personal-familiar y disposición propia, el área laboral-organizacional (trabajo) que tiene que ver con la situación

proveedora de los ingresos y el área social-situacional que está relacionada con la situación de interacción ajena al trabajo, familia y amigos.

Por lo anteriormente expuesto, se puede decir que el estrés puede ser caracterizado como una experiencia que surge de transacciones entre una persona y el ambiente, especialmente aquellas transacciones en las cuales existe incongruencia entre los recursos del individuo y el reto o necesidad percibido. En un sentido más coloquial, se ha argumentado que el “estrés” es un término muy abstracto para requerir una interpretación completa y significativa, no obstante sus visibles manifestaciones fisiológicas.

Tipos de estrés psicológico.

Lazarus y Lazarus (2000) distinguen tres tipos de estrés psicológico: daño, amenaza y desafío. Una diferencia importante entre los tres tiene relación con el significado con el que el individuo interpreta el enfrentamiento con el medio, que es diferente en cada uno de los tres, es decir, se hace una valoración diferente en cada uno de ellos.

El daño se refiere a un suceso que ya ocurrió y cuyo resultado causa perjuicio. Por ejemplo, el no preparar un tema de exposición en una conferencia y los resultados negativos desde el punto de vista académico y social no son los deseados. Un daño inevitable equivale a una pérdida; ya sea física o emocional de algún ser querido o de algún objeto, por ejemplo, un empleo. El dolor y la pena que se experimentan en situaciones como ésta pueden ser realmente

perjudiciales para el individuo, o bien, pueden impulsarlo a la búsqueda de una mejor solución que le ayuden a un crecimiento personal.

La amenaza, según estos investigadores, es probablemente la fuente más común de estrés psicológico. Surge cuando las personas se exponen a un daño que todavía no sucede, pero cuya ocurrencia es altamente inevitable en un futuro cercano. Por ejemplo, alguien se puede preocupar por lo que va a ocurrir,

y en esa medida se imagina cómo será tal estímulo, cuándo ocurrirá y lo que puede hacer con él. Si alguien puede anticiparse a estas situaciones, muy probablemente sepa cómo manejarlo.

El desafío tiene que ver con acontecimientos que se valoran como oportunidades, más que eventos que puedan producir daño. Al igual que la amenaza, el desafío impulsa a la persona a tomar medidas y a movilizarse para luchar contra los obstáculos, por eso es estresante. La dificultad está relacionada con el desafío.

Por lo tanto, la amenaza y el desafío difieren en: 1: la valoración que los genera, 2: las emociones que se experimentan y 3: la forma en cómo las personas funcionan. Recordemos que las respuestas varían porque cada individuo hace valoraciones e interpretaciones diferentes.

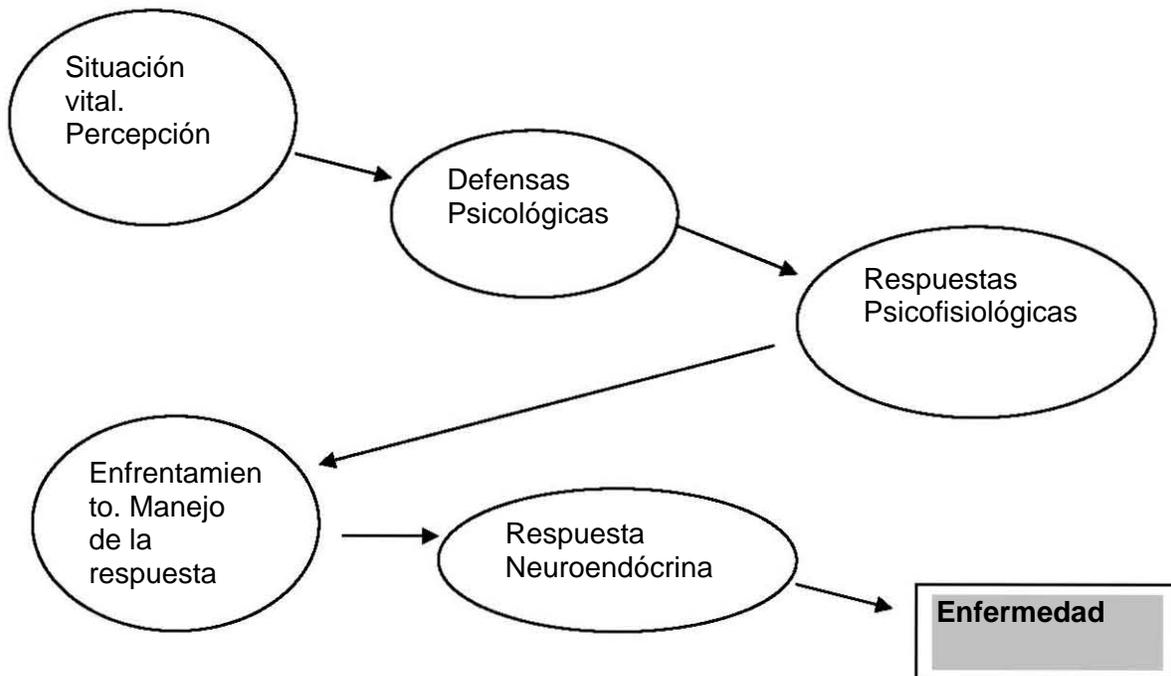
Como se ha observado, el estrés no solamente puede ser físico, psicológico, social, etc, sino que es un concepto que está rodeado de varias teorías, abordajes y puntos de vista que lo relacionan directamente con el ser humano. Para un abordaje más completo, todas ellas en su conjunto, explican la naturaleza humana y sus manifestaciones psicológicas y fisiológicas más importantes que muchas veces se detallan en la construcción de modelos científicos.

3.3 MODELOS DE RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS PSICOSOCIAL Y ENFERMEDAD.

Con el fin de conocer la relación que mantienen ciertas variables para explicar la conducta de las personas ante ciertos eventos, se han propuesto algunos modelos que explican de manera holística el proceso del estrés.

Bajo la óptica de la aparición de síntomas y enfermedad en los organismos, la teoría de Hans Selye sobre el estrés ha proporcionado diferentes explicaciones:

ESQUEMA 3: PROCESO DEL ESTÍMULO ESTRESOR.



(Rahe y Arthur, 1978).

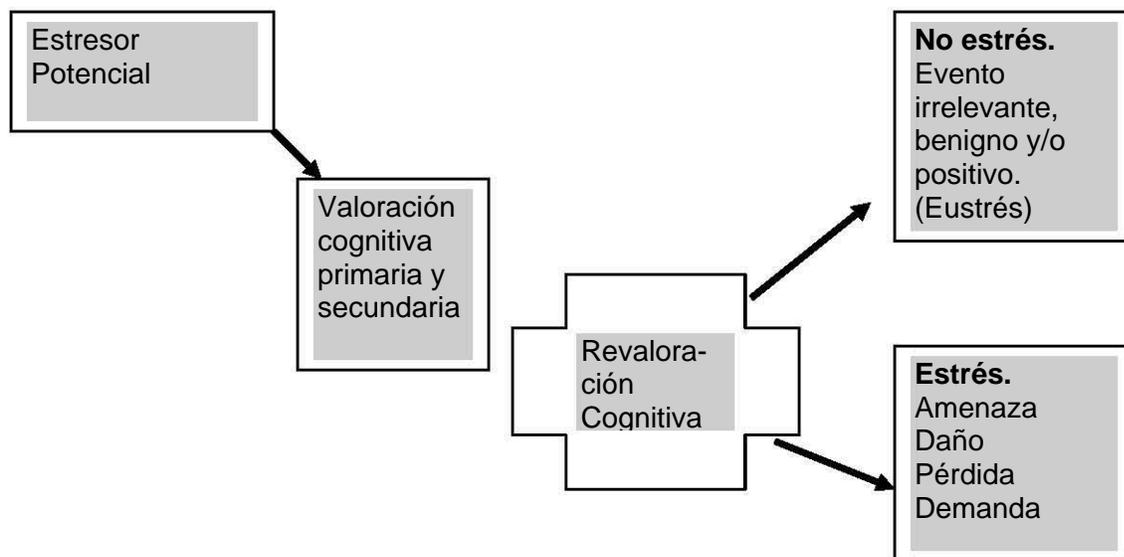
En este esquema puede observarse que cada paso es relevante en la percepción de un estímulo amenazante, el cual produce cambios tanto en el

psiquismo como en el organismo, lo que puede desembocar en patologías graves.

Para Lazarus y Folkman (1985) este modelo incluye una relación entre la valoración cognitiva primaria y la secundaria en un determinado contexto. Cada vez que el estímulo estresante aparece en episodios nuevos, cambia la percepción, en virtud de que el contexto es diferente y porque el individuo cuenta con la experiencia de haber vivido una situación semejante. Para ejemplificar

más lo anterior, a continuación otro modelo sobre el estrés propuesto por los autores mencionados:

ESQUEMA 4: MODELO DE VALORACIÓN DEL ESTRÉS.



En la mayor parte de los modelos presentados en el curso de este trabajo, se ha podido observar que en la ocurrencia de un evento estresante, la persona tiene una serie de representaciones cognitivas, que proporcionan un significado de la

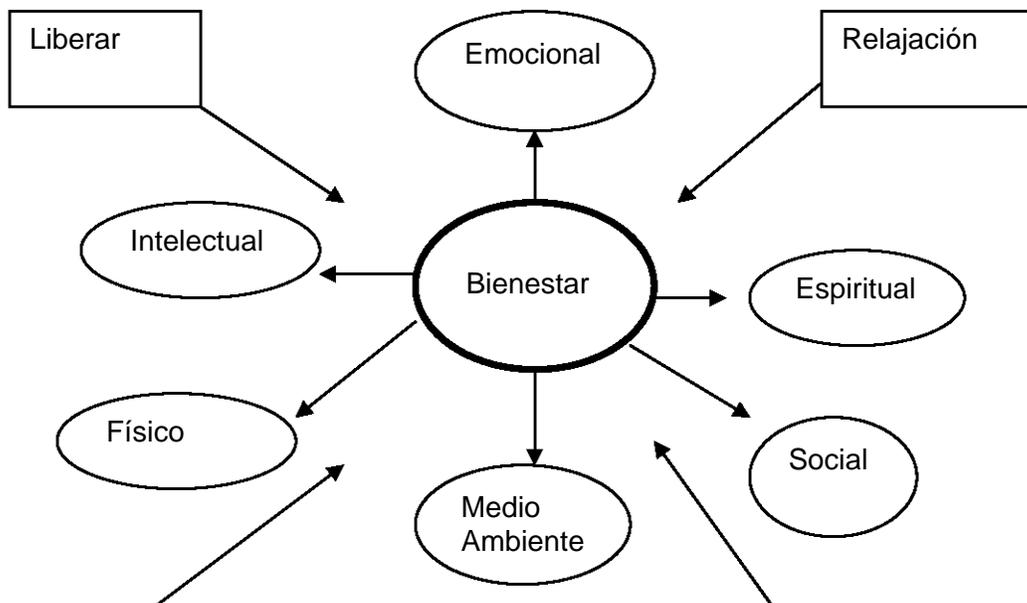
intensidad del estresor al evaluarlo e interpretarlo, es decir, al darle un sentido, por tanto, las respuestas fisiológicas (descargas de adrenalina y noradrenalina y activación de sistemas en el organismo) pueden producir daños severos.

En la revaloración cognitiva ocurren episodios estresantes similares, pero existe una experiencia y dependiendo del tipo de enfrentamiento, serán los resultados. Un ejemplo son los episodios de reinfarto en los pacientes isquémicos (existe una postocurrencia del ataque en un lapso de uno a tres meses) o bien, al cumplirse un año de haberse presentado éste (elemento Di-novo): en la

revaloración del estresor, la reinterpretación vuelve a ser amenazante, por lo que el estilo de enfrentamiento utilizado en el pasado fue inadecuado.

El equilibrio debe reestablecerse, considerando que varias áreas de la vida de la persona se ven afectadas. En su modelo de enfermedad y enfrentamiento, Blonna (1996) establece seis dimensiones de salud, con cuatro niveles específicos de estilos de enfrentamiento:

ESQUEMA 5: MODELO DE BIENESTAR Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO.



Reflexionar

Reducir

La esfera del bienestar está interrelacionada con todos los aspectos de la vida de las personas, por eso, es relevante su estudio a nivel multifactorial, así como su comprensión e intervención. El relajarse, liberar las tensiones, reflexionar y reducir el significado del conflicto, son algunos de los estilos que este autor propone.

Blonna agrega que las personas tienen que ser más preactivas que reactivas ante los eventos del estrés. Además, existen diferencias individuales para hacerle frente, de tal manera que un estilo puede ser efectivo para un individuo en alguna ocasión pero no para otro; ni aún para la misma persona la utilización de un mismo estilo es efectiva en situaciones similares. El uso de nuevas estrategias puede implicar que las personas son más capaces para enfrentar el estrés, en la medida que van desarrollando más habilidades.

Como parte del enfrentamiento, el estrés es un concepto importante y amplio que ha sufrido algunas variaciones a través del tiempo. En el siglo XVII por ejemplo, esta expresión implicaba dificultades tanto físicas como mentales, privaciones y aflicciones en las personas. En los siglos XVIII y XIX la noción de estrés fue usada de manera similar, y se pensó también que era causa de un estado de salud-enfermedad tanto física como mental. En un discurso dictado por William Osler en 1910, citado por Taylor (1981) se **atribuyó el padecimiento de angina de pecho al “estrés y la tensión” por los trabajos duros, difíciles y las preocupaciones que manifestaban los individuos en sus vidas.** Posteriormente, autores como Cannon en 1935 y más tarde Hans

Selye en 1936, cristalizaron sus pensamientos al destacar la importancia de las respuestas fisiológicas que produce el organismo ante los estados de tensión originados en el medio ambiente, por lo que compararon este fenómeno al utilizado en la física (tensión).

3.4 ALGUNOS MODELOS DE ESTRÉS Y FISIOPSIKOPATOLOGÍA.

El estrés y las tensiones diarias pueden ser tan peligrosos para la salud como los cambios inesperados de vida. Sin embargo, es importante considerar que todas las personas viven en continuo estrés y por ende, pueden soportar un cierto monto de éste, de hecho, forma parte de sus vidas. Pensándolo así,

entonces cualquiera enfermaría. El estrés al que se hace referencia en este trabajo, es aquél que rebasa las capacidades de las personas para poder enfrentar las situaciones, lo que sería el distress o el estrés que es dañino. Aclarado este punto, se sostiene que en muchas partes del planeta y dada la situación económica mundial por ejemplo, la gente con escasos recursos tiende a padecer más problemas de salud que la gente que no sufre esta desventaja. Por ejemplo, la tensión relacionada con la pobreza puede ser un factor que influye también de manera significativa en la aparición de ciertas enfermedades. Investigaciones sobre africanos que viven en áreas rurales y urbanas de Estados Unidos confirman esta idea. Se encontró que las personas que habían estado expuestas a un sin número de tensiones cotidianas y que iban más allá de lo que podían soportar, manifestaron más problemas en elevaciones de presión sanguínea y trastornos afines, como por ejemplo, aparición de problemas cardiacos (Davidoff, 1984).

Recientemente, la literatura ha hecho énfasis en la relación entre estrés emocional, ansiedad y arritmias cardiacas Taylor (1981) reportó en un estudio

que en una prueba que se hizo a individuos sanos, desarrollaron más de seis latidos ectópicos (latidos que están fuera del ritmo normal, produciendo elevaciones en los registros electrocardiográficos) por minuto mientras hablaban en público, dado que se ha considerado que ésta, junto con actividades que requieren de un gran esfuerzo mental como aquellas que requieren de altos niveles de concentración o realizar operaciones aritméticas se encuentran correlacionadas a producciones altas de estrés.

Por otro lado, se ha reportado también que a nivel mundial, factores tales como la raza, el sexo y el estatus socioeconómico, han sido variables que se han correlacionado con las causas de morbilidad y mortalidad en las poblaciones, incluyendo la enfermedad cardiovascular (Kapuku, Treiber, Davis, 2002). Sin embargo, poco se conoce sobre la relación que guarda el estatus

socioeconómico y las enfermedades del corazón. A pesar de esto, en algunas investigaciones (Cannel, Smith, Sheffield, Shipley y Marmot, 1997; Kaplan y Kall, 1993) reportan que estas variables sí se encuentran interrelacionadas y que además, juegan un papel importante en los índices de morbilidad y mortalidad.

Para poder explicar mejor lo anterior, es menester señalar lo que se entiende por estatus socioeconómico: éste es conceptualizado como un índice global de estrés ambiental crónico, y los individuos de niveles más bajos presumiblemente experimentan un estrés más elevado que aquellas personas que viven en condiciones sociales y económicas distintas. Algunas otras investigaciones apoyan estos hallazgos, en donde se da a conocer que los individuos que tienen un estatus socioeconómico bajo manifiestan tener más problemas relacionados al estrés en relación a sujetos que tienen un estatus más alto (Avery y Phillips, 1993; Cooper, 1991; Kessler y Neighbors, 1986; Krieger, Rowley, Herman).

Estos hallazgos fueron apoyados por autores como Farley y Allen (1989); Jaynes y Williams (1989); quienes sustentan que la comunidad afroamericana

en general, presenta un nivel socioeconómico más bajo que los europeos que viven en Estados Unidos. Estas personas también tienen una prevalencia más alta en sus niveles de presión arterial y se ha encontrado además que ésta se encuentra relacionada a otro tipo de enfermedades, tales como las renales y los infartos (American Heart Association, 1998; Burt, Whalton y Roccella, 1995; Stamler, Stamler y Neaton, 1993).

Por tanto, no sólo la incidencia de variables ambientales y sociodemográficas influyen en la manifestación de alteraciones en el organismo, sino también es importante considerar la intensidad y la cronicidad que tiene el estresor.

La magnitud de los estresores revelan que la capacidad adaptativa de cada persona puede ser el principal determinante de la susceptibilidad individual. Así, existe evidencia creciente para apoyar la idea de que la vulnerabilidad ante la

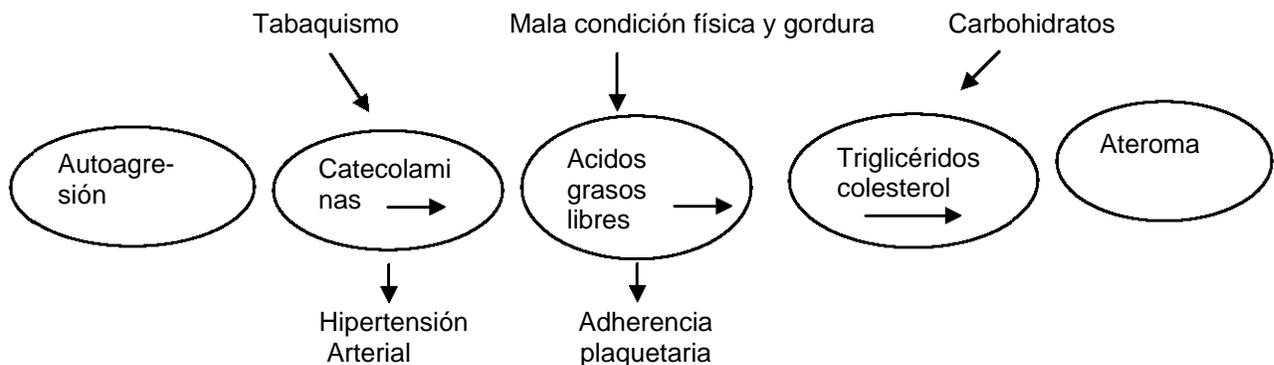
cardiopatía coronaria, los padecimientos mentales, emocionales y otros síndromes psicosomáticos pueden estar condicionados por la habilidad o incapacidad de la persona para manejar continuamente el estrés. Todos los individuos tienen una manera característica de responder a una amenaza aguda de acuerdo con la disposición básica de su personalidad, pero es sólo en aquellos que son capaces de adaptarse a estrés crónico que las reacciones sostenidas pueden predisponer a una enfermedad subsecuente (Wheatley, 1985).

Las enfermedades de adaptación dependen primariamente de respuestas excesivas o inapropiadas a patógenos indirectos. A este grupo, pertenecen todas las enfermedades psicosomáticas, las alergias y otras respuestas inmunológicas (Wheatley, 1985).

Se ha encontrado además, la existencia de una relación íntima entre el carácter y la intensidad de un estímulo estresante y su capacidad para inducir enfermedad o agravar la coexistencia de trastornos patofisiológicos, por ejemplo, una persona puede desarrollar una enfermedad grave con el simple hecho de recibir la noticia de que tiene un padecimiento que merma su estado de salud y la sitúa entre la vida y la muerte, lo que podría causar un infarto.

Las reacciones cardiovasculares a estímulos estresantes en términos de cambios en los latidos cardiacos y presión sanguínea son probablemente las respuestas más comúnmente examinadas. La temperatura de la piel, el sudor y otras medidas en los cambios del sistema simpático periférico son comúnmente usados en las diversas pruebas que se realizan. Las medidas que se toman sobre la circulación de catecolaminas y corticoesteroides en el flujo sanguíneo se emplean de manera frecuente y la investigación sobre sus elevaciones son también comunes en la literatura científica. Los cambios metabólicos, especialmente la movilización de ácidos grasos libres y la glucosa han sido usados en numerosos estudios como indicadores de la respuesta al estrés (Taylor, 1981). Por ejemplo el siguiente modelo:

ESQUEMA 6: MODELO DE HIPÓTESIS DE CARRUTHERS.

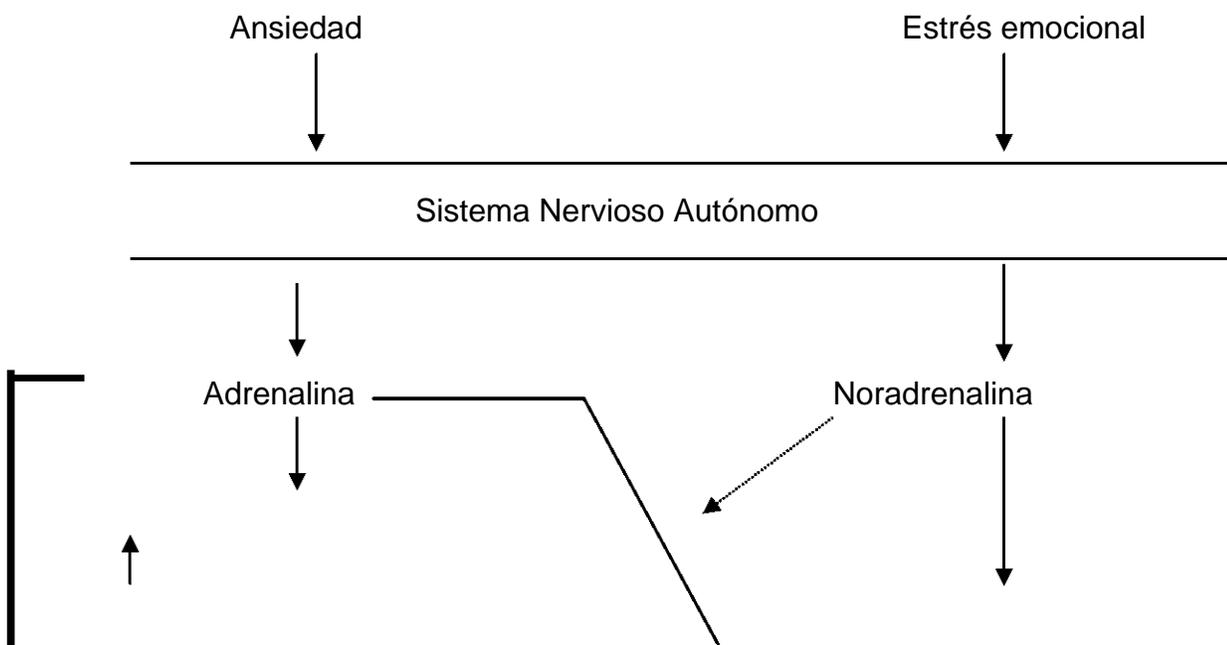


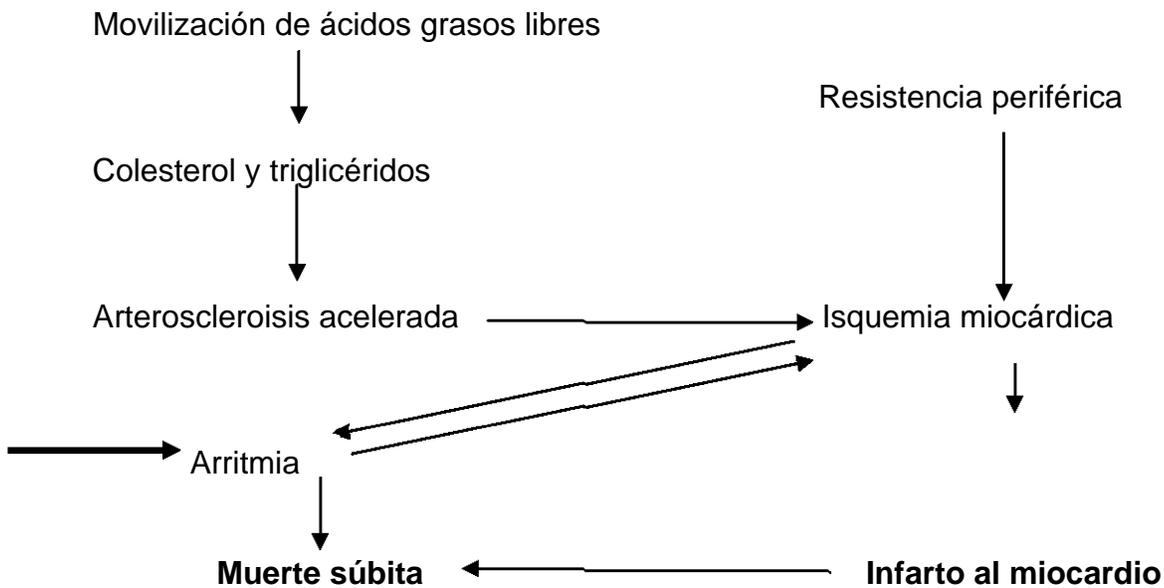
Este modelo, denominado “hipótesis de Carruthers” (Wheatley, 1985), muestra una cadena posible de sucesos en la etiología del ateroma. Ilustra la relación que guardan variables biológicas y las emociones negativas, como la autoagresión, la cual provoca una serie de cambios internos y elevaciones en la producción de sustancias en el organismo bajo condiciones adrenérgicas, que al combinarse con algunos factores de riesgo coronario, sobreviene la ruptura de la placa lipídica, lo que da paso a la cascada de coagulación y a la formación de un trombo, obstruyendo así el paso de la sangre oxigenada a la porción distal de la arteria coronaria, lo que condiciona el desencadenamiento de una cardiopatía isquémica, en su variedad de angina de pecho o infarto del miocardio.

Los factores condicionantes (innatos o adquiridos) determinan específicamente cuáles serán las formas y cuáles receptores serán los más sensibles al estímulo común en un caso dado. Sólo pocas respuestas son siempre evidentes: el estrés masivo agudo estimula el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, así como el sistema catecolaminérgico (Wheatley, 1985).

La aproximación de la literatura a la proposición de que el origen psicológico del estrés pueda estar directamente relacionado con el desarrollo de enfermedades cardiacas en etapas tempranas de la vida, sin jugar la hipertensión arterial un papel intermediario, tiene que ver con dos aspectos básicos: a) La influencia del estrés en el desarrollo temprano de un ateroma y las arterias coronarias en particular y b) el rol del estrés en la precipitación del infarto agudo al miocardio. Véase el siguiente modelo:

ESQUEMA 7: CAMINOS POR LOS QUE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS EMOCIONAL PUEDEN CONDUCIR AL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.





Fuente: Rosenman y Chesney (1981).

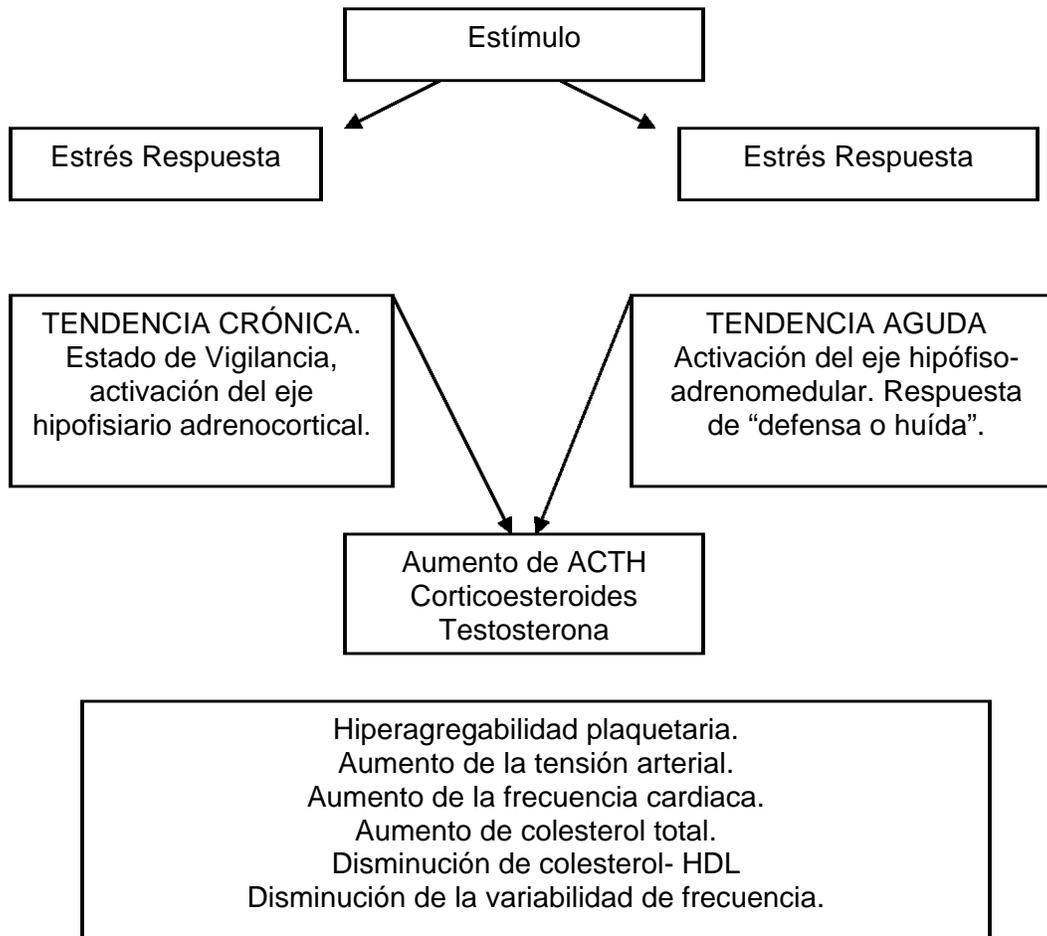
Este modelo muestra los caminos por los cuales la ansiedad y el estrés emocional pueden conducir al infarto agudo al miocardio y a la muerte súbita.

Los estados de ansiedad estimulan el sistema nervioso autónomo, lo que puede causar un incremento en la producción de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina). Éstas pueden generar una arritmia o una isquemia cardiaca, un infarto agudo al miocardio o la muerte súbita. Sin embargo, **la estimulación crónica puede dar paso a la movilización de ácidos grasos libres, los cuales, si están metabolizados, pueden incrementar el depósito de triglicéridos y colesterol en las arterias, acelerando así el proceso arterosclerótico, haciendo entonces al corazón más vulnerable a episodios de isquemia o inestabilidad eléctrica: arritmias cardiacas.**

De esta manera, las lesiones arteroescleróticas tienen un papel importante en el funcionamiento del organismo. Cuando la presión sanguínea surge excesivamente en regiones en las cuales normalmente opera una presión más baja, como en las arterias pulmonares de pacientes con enfermedad de válvula mitral, entonces las lesiones arteroescleróticas desarrollan en proporción directa un nivel de presión mayor, poniendo en riesgo la vida de las personas. Inversamente, cuando las regiones arteriales son protegidas por la presión pulsátil normal, entonces el desarrollo de lesiones arteroescleróticas son reducidas significativamente. Sin embargo, muchas fuerzas externas como el estrés, son un factor principal que repercute en la energía que se encuentra en la pared de las arterias para la movilización sanguínea, ejerciendo una agitación del pulso, el cual, tiene un impacto directo en la presión (Taylor, 1981).

En otro modelo presentado por Boskis (2001), se explican las vías fisiológicas en el estrés cardiovascular, demostrando así, la fisiopatología del estrés como desencadenante de la enfermedad coronaria aguda:

ESQUEMA 8: EFECTOS DEL ESTRÉS EN EL ORGANISMO.



De esta manera, los efectos que el estrés puede producir en la cardiopatía isquémica, pueden ser:

- ✚ Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.
- ✚ Aumento del tono simpático.
- ✚ Aumento del tono vascular.
- ✚ Hiperagregabilidad plaquetaria.

Así, en presencia de una placa vulnerable, es decir, con exceso de colesterol depositado en las paredes de la arteria coronaria, los factores que se mencionan

con anterioridad, pueden interactuar trayendo como consecuencia la erosión de la capa lipídica y su inminente ruptura, sobreviniendo así, la cardiopatía isquémica.

Por lo tanto, la capacidad o incapacidad de los individuos para manejar de continuo una situación urgente, es el determinante principal para que se presente o no una reacción sostenida. Por tal motivo, no todas las personas enferman ni desarrollan el mismo tipo de enfermedades, sino que todo esto depende de los recursos de cada individuo para hacer frente a las adversidades, de su susceptibilidad a las enfermedades, su sistema inmune, así como también del momento socio-histórico y económico que esté viviendo una sociedad determinada, ya que ésta se convierte al mismo tiempo, en una presión, la cual exige más esfuerzos y más demanda a los individuos.

Se ha dado un incremento marcado en la incidencia de las enfermedades cardiacas en las sociedades industrializadas durante el siglo XX. Los factores ambientales juegan un papel predominante, con una marcada etiología multifactorial como se mencionó en renglones anteriores. Entre estos factores además se encuentran los hábitos alimenticios y la actividad física, así como factores de riesgo tales como incremento de la presión sanguínea, niveles de lípidos y lipoproteínas, tabaquismo, etc; sin embargo, no todos ellos brindan una explicación específica. Se ha encontrado por ejemplo, que muchos pacientes no presentan niveles elevados de sustancias adrenérgicas con tan sólo la presencia de estos elementos, no obstante, existen también factores de riesgo en poblaciones que tienen de alguna manera, menor incidencia en las enfermedades cardiacas (Taylor, 1981).

Las medidas de tratamiento psicológico para las enfermedades cardiovasculares forman parte de la rehabilitación cardíaca, y éstas pueden ser preventivas o correctivas. Están integradas por intervenciones en dieta, control de factores de riesgo y la realización continua de ejercicio físico. La rehabilitación cardiovascular llevada a cabo con intervención psicoterapéutica es un área multidisciplinaria, donde participan médicos, enfermeras, personal de trabajo social, nutriólogos, etc, con el objetivo de modificar algunos estilos de vida y costumbres alimenticias.

“Se ha demostrado que la rehabilitación cardiovascular convencional reduce el riesgo de eventos isquémicos mayores y produce una percepción de mayor bienestar. Si se agrega una intervención estructurada en el área psicológica (enfoque de la personalidad tipo A, técnicas de relajación), se observa que se reduce el grado de estrés psicológico, la tensión arterial sistólica y el colesterol total” (Boskis, 2001).

Aunado a lo anterior, varios factores demográficos, sociales, psicológicos y emocionales se han investigado también, según su incidencia sobre las enfermedades cardíacas, éstos incluyen: la clase social y el estatus, el nivel educativo, la religión, las características idiosincrásicas, el estatus marital, la ocupación, la carga de trabajo, la movilidad geográfica o social, la ansiedad, los eventos de vida y sus cambios, las satisfacciones, las insatisfacciones, la pérdida emocional, las privaciones y el enfrentamiento. Estos estudios citados por Taylor (1981) sugieren que ciertos factores colocan a los sujetos en un riesgo alto para el padecimiento de enfermedades cardíacas.

La evidencia más consistente parece estar asociada con características de personalidad y conductuales, lo que remite a diferenciar a los estilos de enfrentamiento en estrategias y en rasgos de personalidad que usa y posee la gente. Por ejemplo, en 1868 Van Dusch, señalan los autores antes citados, **observó que las personas que tenían exceso de trabajo en el desempeño**

de sus actividades, y considerado éste como otro tipo de estrés, estaban expuestas a una alta incidencia de riesgo coronario.

3.5 ESTRÉS LABORAL.

El estrés psicológico tiende a ser más relevante en las actividades y lugares en donde la gente suele pasar más su tiempo: el trabajo y la familia (Lazarus y Lazarus, 2000). Ellos han encontrado que los diferentes tipos de estrés que se observan en el trabajo son:

- a) La sobrecarga de trabajo: que significa posponer lo importante para cumplir con otras obligaciones, ser responsable con las fechas de entrega, etc.
- b) La ambigüedad de la función: que tiene que ver con ignorar cuáles son las propias responsabilidades, las prioridades, los alcances, las limitaciones, la falta de reconocimiento, etc.
- c) La incertidumbre acerca del futuro: dudas sobre el futuro que se tiene en el puesto, el futuro que depara a la empresa y en ese sentido, la propia seguridad laboral.

Otras fuentes de estrés en el trabajo están relacionadas con los conflictos en las relaciones interpersonales que se dan en la empresa; además de las innovaciones tecnológicas que implican adaptación a los cambios y que también son consideradas fuentes de tensión, a pesar de los beneficios que traen consigo.

Desafortunadamente, se ha encontrado en el ámbito de la literatura científica, que el eustrés (estrés positivo) es una variable poco común. (Schaufeli y Bakker,

2004). Al respecto, estos investigadores realizaron una búsqueda electrónica en revistas científicas de psicología y citan a Myers (2000), quien concluyó que las

emociones negativas superaban a las positivas en una proporción de 14 a 1. Lo mismo sucedió con la psicología de la salud ocupacional: un simple conteo de artículos publicados del año 1996 en adelante, en el *Journal of Occupational Health Psychology*, reveló que la consecuencia de resultados negativos relacionados al trabajo superaron a los positivos en un rango de 15 a 1.

Estrictamente hablando esta situación es alarmante, porque pareciera que en materia laboral, en lo que toca a desempeño y desarrollo, suelen predominar los aspectos negativos sobre los positivos.

Así, probablemente uno de los tipos de estrés que más aqueja a las personas es el estrés laboral, en virtud de que una proporción importante de la población, pasa su tiempo trabajando en promedio ocho horas al día, fuera de casa, conteniendo con conflictos interpersonales, diversas responsabilidades, relaciones tensas con el jefe, sobresaturación de trabajo, etc. Pero, para tener una visión más amplia de lo que se está haciendo referencia, a continuación algunas definiciones.

3.5.1 CARGA DE TRABAJO Y ESTRÉS OCUPACIONAL.

Una definición aceptada de estrés ocupacional, ha sido la que indica que la condición de estrés resulta del fracaso de un individuo para ajustarse satisfactoriamente a los cambios constantes (o demandas) en el ambiente de trabajo (Sauter y Murphy, 1985).

Las demandas laborales y los recursos laborales son dos términos que se encuentran comúnmente en la literatura sobre estrés laboral. Jones y Fletcher (1996; en Schaufeli y Bakker, 2004), definen demandas como: “el grado en el cual el ambiente contiene estímulos que perentoriamente requieren atención y

respuesta. Las demandas son las cosas que tienen que ser hechas". De esta manera, en cada empresa, existen cosas que tienen que ser hechas. Más específicamente: las demandas laborales son aquellos aspectos físicos,

psicológicos, sociales y organizacionales del trabajo que requieren un esfuerzo ya sea físico o psicológico (cognitivo o emocional) sostenido, y además se encuentran asociados con ciertos costos psicológicos o fisiológicos, como fatiga mental, manifestaciones psicopatológicas y enfermedades físicas.

Aunque las demandas en el trabajo no son necesariamente negativas, pueden convertirse en estresores en el trabajo, con el conocimiento de que esas demandas requieren de un alto esfuerzo y que además están relacionadas con altos costos que elicitán respuestas negativas tales como depresión, ansiedad o *burnout*.

El estrés laboral es un estado de las personas que surge cuando éstas se sienten incapaces o no pueden enfrentar alguna demanda psicológica importante que les es impuesta, y además, se le denomina así, cuando este evento aparece en el escenario laboral.

De ahí que las situaciones de tensión que experimentan los individuos se traduzcan en respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales que pueden traer problemas a la salud. Los factores de riesgo que surgen en estos eventos son llamados estresores y los grupos de empleados que están expuestos a los estresores en el trabajo, son conocidos como grupos de riesgo en el estrés laboral (Sauter y Murphy, 1985).

Una de las propuestas sobre el estrés laboral es el de las demandas que surgen en el ambiente de trabajo, el modelo de toma de decisiones realizado por Karasek (1979; en Sauter y Murphy, 1985). En esta propuesta, existen dos dimensiones principales de estresores: las demandas en el trabajo tales como la carga laboral y las posibilidades con que se cuente para controlar tales demandas, lo que se conoce como amplitud o el rango que se tiene para tomar

decisiones. Las altas demandas y el bajo poder que se tenga en la toma de decisiones en los empleados caracterizan a un estrés que está visto como factor de riesgo que atenta contra la salud. Este postulado predice el disfuncionamiento psicológico y los desórdenes depresivos, así como el

ausentismo laboral, el uso de medicamentos y otros desórdenes de conductas que atentan contra la salud y el bienestar, tales como las enfermedades cardiovasculares (Sauter y Murphy, 1985); y como se puede apreciar, es un evento poco ventajoso para las compañías, por los altos costos que les implica.

De manera opuesta, los recursos laborales se refieren a aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales en el trabajo que pueden reducir las demandas laborales y sus concomitantes costos psicológicos y fisiológicos; y resultan ser funcionales en el logro de objetivos en el trabajo estimulando el crecimiento personal, el aprendizaje y el propio desarrollo.

Así, una persona que se queja de cargas de trabajo considerables y sus respectivas demandas excesivas, puede contar con los recursos propios suficientes para resolver tales problemas y hacerles frente. Las diferencias individuales en este sentido, pueden ser sutiles, pero marcan de manera importante la diferencia entre procesos de adaptación.

Aquellos individuos que son capaces de ejercer un control sobre aspectos de sus actividades en particular, pueden tener una mejor regulación sobre la ejecución de sus tareas y sobre los resultados que la tensión produce en ellos. Sin embargo, aunque este tipo de prácticas se puede mantener en un nivel deseable, los esfuerzos requeridos para contender con tales demandas, son vistos como mecanismos que generan costos en otros sistemas.

En una investigación sobre este tema Sauter y Murphy (1985) mencionan que se realizaron una serie de estudios para demostrar cómo los esfuerzos requeridos para ejercer control sobre ciertas situaciones pueden resultar en respuestas a

nivel fisiológico. Se comprobó que el incremento en la activación fisiológica, marcada por índices de presión arterial elevada y aceleración del ritmo cardiaco, fueron variables que correlacionaron en sujetos que tenían que hacer un esfuerzo importante para resolver un problema en una situación determinada.

Otro concepto importante que se ha encontrado en la literatura científica es el de *Burnout*, metáfora que comúnmente se utiliza para describir un estado de fatiga o cansancio mental (Schaufeli y Bakker, 2004).

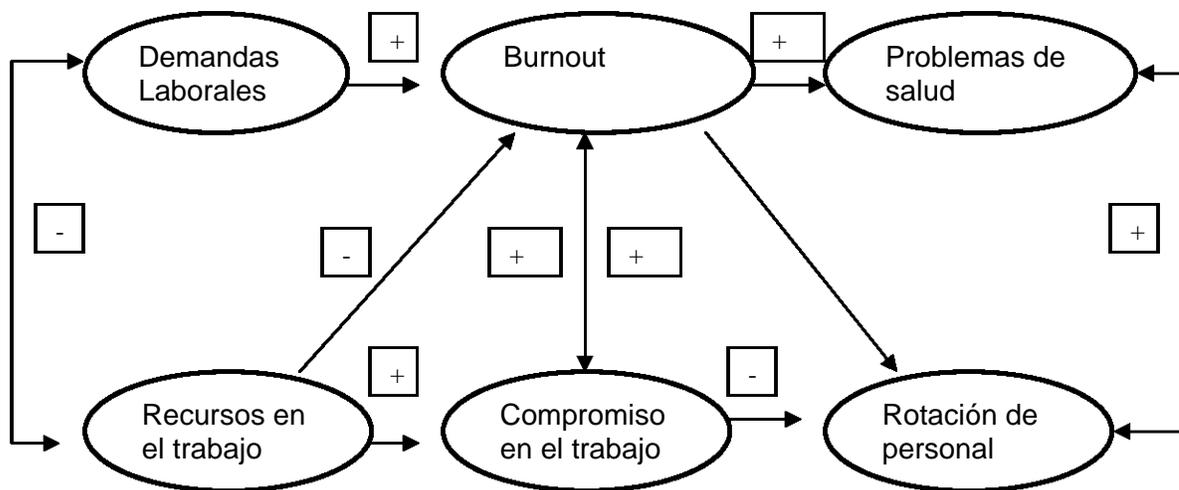
Junto con la responsabilidad laboral y la sobresaturación de trabajo, hace acto de presencia el *compromiso*, que según estos autores, es un estado de la mente relacionado al trabajo, es positivo, satisfactorio y está caracterizado por una sensación de vigor, dedicación y absorción. El compromiso hace referencia a un estado afectivo-cognitivo persistente y penetrante que no está centrado en un objeto, evento, individuo o conducta particular, puede estar depositado en cualquier cosa que lo elicite, que lo llame para ser atendido. Por lo tanto, el burnout y la capacidad de compromiso, son considerados entre sí polos opuestos, así como lo son el cansancio excesivo y el vigor.

Burnout, estrés laboral, sobrecarga de trabajo; todas ellas son variables que se han definido como una constante en la vida empresarial, con todas sus concomitantes que es necesario reconocer. El reconocimiento tanto por parte de los trabajadores como de los patrones, resulta ser una pieza fundamental en este imbricado camino, ya que puede coadyuvar a establecer estrategias de intervención y prevención, que no son términos utilizados exclusivamente por los psicólogos clínicos.

Como ejemplo de lo antes expuesto, en su llamado modelo estructural, desde 1986, Maslach, Jackson y Leiter, hipotetizaron que la presencia de demandas

específicas: (sobrecarga de trabajo y conflictos personales) y la ausencia de recursos específicos: (control de enfrentamiento, apoyo social, autonomía, toma de decisiones) predicen el burnout, el cual puede conducir a resultados negativos, tales como enfermedades físicas, rotación de personal, ausentismo y disminución del compromiso organizacional. Sin embargo, su modelo es puramente descriptivo:

ESQUEMA 9: MODELO DE INVESTIGACIÓN. EL ESTRÉS EN EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES.



Tomado de Maslach, Jackson y Leiter, 1986 y modificado por Schaufeki y Baker, 2004.

Este modelo relaciona las demandas laborales con los problemas de salud a través del burnout. Ofrece además, una estructura cognitivo-emocional para la comprensión de la conducta humana bajo condiciones de estrés. Se trata del mantenimiento de la estabilidad en la actividad laboral bajo situaciones demandantes, las cuales requieren la movilización y el manejo de un esfuerzo

mental. Cuando el individuo se confronta con demandas laborales demasiado altas, las cuales, de acuerdo a Schaufeli y Bakker (2004) requieren de un esfuerzo sostenido, los empleados además adoptan estrategias de protección, las cuales, están asociadas con el empleo de costos extra, o bien, puede suceder que ellos aceptan una reducción en el ritmo normal de actividad que no implique ningún costo.

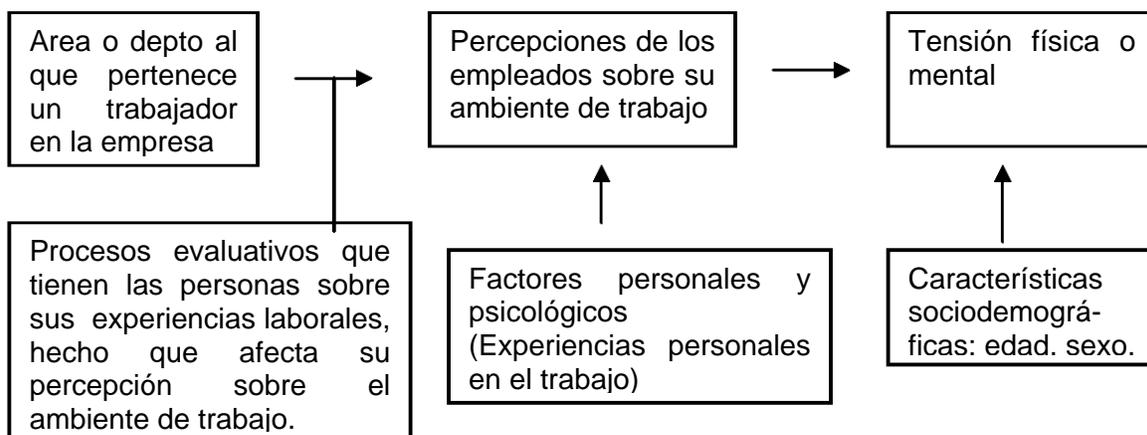
Bajo condiciones de trabajo normal, la actividad permanece estable y el esfuerzo asociado queda dentro de los límites de las reservas, aunque el nivel de energía que se gasta se incrementa. Aunque si bien una respuesta de enfrentamiento positiva es básicamente adaptativa puede ser desadaptativa en un marco de cierto tipo de respuestas en el trabajo, sobretodo, si se mantienen en lapsos prolongados, ya que pueden reducir los recursos de energía del individuo (Schaufeli y Bakker, 2004).

Existen varias dimensiones del burnout: la fatiga o el cansancio excesivo es una de las más importantes, como lo mencionan Maslach, Schaufeli y Leiter (2001). Cuando la gente dice haber vivido un episodio de burnout, indudablemente hace referencia a una experiencia de fatiga.

Ésta no es simplemente una experiencia, es un concepto que hace que la gente se distancie emocional y cognitivamente de su trabajo, como un modo de hacerle frente a la sobrecarga laboral. Además, se ha encontrado que el distanciamiento es una reacción inmediata de la fatiga. En los ambientes laborales, es común encontrar que la fatiga interfiere con la efectividad. La falta de eficacia parece surgir más claramente de una falta de recursos importantes, mientras que la fatiga y el cinismo emergen de la carga de trabajo y del conflicto social (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Otros estudiosos de este fenómeno han intentado explicar la dinámica del estrés en el trabajo y sus consecuencias:

ESQUEMA 10: MODELO DE ESTRÉS EN EL TRABAJO.



En su modelo modificado y tomado de Michela, Lukaszewski y Allegrante, 1985, Sauter y Murphy (1985), detallan que un miembro de la organización es un grupo, departamento, área, división o corporación a la cual un individuo pertenece. Agregan que tanto las preferencias personales y los factores psicológicos se combinan con las percepciones de las características que tiene una organización y que por lo tanto, determinan las percepciones de los trabajadores sobre su ambiente de trabajo, por lo que califican a esta experiencia como subjetiva. Por otra parte, el estrés se manifiesta en tensiones tanto físicas como mentales, y cuando dichas percepciones resultan ser

desfavorables, se combinan a su vez con varios factores biopsicosociales (operacionalizados en este modelo como variables demográficas).

Además, la figura anterior muestra la concepción del clima laboral como mediador entre los trabajadores y los estresores laborales. Resulta importante destacar aquí que las percepciones que tienen los empleados sobre su ambiente de trabajo, constituye una experiencia subjetiva que es afectada significativamente por la propia naturaleza del trabajo, y ésta varía de empresa a empresa, de persona a persona, de un departamento a otro, etc.

Por lo tanto, las demandas laborales tales como el ritmo de trabajo, el exceso de actividades y las posibilidades con que las personas cuentan para poder controlar esas demandas, hacen referencia a la amplitud que tiene un individuo para tomar decisiones, según su campo de acción.

En resumen, se podría establecer que aunque el **concepto de carga de trabajo o sobrecarga laboral es una palabra difícil de definir, es a menudo identificada como un estresor potencial en muchas ocupaciones, sobre todo en la actualidad.** Las grandes empresas que contratan personal y que lo hacen para que éste desempeñe las funciones de dos personas o más en un solo puesto, así como la exigencia en el cumplimiento de horarios excesivos de trabajo, la urgencia en las entregas de reportes y el desempeño de otras tareas no menos importantes, son exigencias muy altas que desgastan cada vez más a las personas, sobre todo, si esto se vive de manera cotidiana. La naturaleza del trabajo que se desempeña, tal como la práctica de la medicina, el control aéreo, el desempeño en la conducción de aeronaves, las altas responsabilidades que implican el establecimiento de jerarquías en los organigramas de las empresas, todos son puestos en donde la gente de forma recurrente, está más expuesta al estrés, a diferencia de otros tipos de desenvolvimiento profesional.

La sobrecarga de trabajo ha sido definida de dos formas; una cuantitativa: cuando el monto de trabajo excede la capacidad de un individuo para cumplir con las demandas en un tiempo dado, o cualitativa: cuando los requerimientos del trabajo exceden las habilidades, conocimientos y capacidades de una persona, así como su nivel de competitividad y grado de asertividad. De manera contraria, la insuficiencia laboral también ha sido un factor estudiado como un estresor importante (Sauter y Murphy, 1985).

En una investigación sobre el quehacer profesional, estos autores mencionan la realización de un estudio longitudinal con personal médico, en el cual, tanto las condiciones de exceso de trabajo y las actividades evaluadas como insuficientes en el ambiente laboral, se plasmaron en diferentes modelos o patrones de expresión de estados afectivos. Se encontró que la ansiedad manifestada se incrementó con la sobrecarga de trabajo, pero que únicamente aquellas personas identificadas como **enfrentadoras activas** mostraron efectos significativos de fatiga, y no obstante, **lograron solucionar su problema**. Estos investigadores también revelaron que modelos específicos de **actividad endócrina** se asociaron con **diferentes aspectos de ejecución de tareas, seguidas de trabajos prolongados y cambiantes**.

Tales hallazgos resultan ser consistentes con numerosos estudios realizados por Frankenhaeuser y sus colegas de 1979 a 1986, según Sauter y Murphy (1985). Dichos autores han demostrado que los cambios en los niveles de producción de catecolaminas y cortisol están relacionados con el incremento de las demandas laborales.

El modelo de estos cambios refleja un manejo activo en el control de las actividades que implican excesos en el trabajo. Generalmente, se ha encontrado

que el incremento en la secreción de catecolaminas y niveles bajos en la producción de cortisol y la ansiedad que se experimenta, se relacionan con estrategias de procesamiento activo y están vinculadas con un mayor control y un gran esfuerzo orientado a la inversión que se realiza en la ejecución de las actividades. Los estímulos amenazantes o dañinos para las personas y el consecuente incremento de las sustancias antes mencionadas, están asociadas con estrategias o condiciones más bien de tipo pasivo.

Los factores que afectan la regulación de las cargas laborales que las personas tienen en las empresas, incluyen diferencias en estrategias conductuales, así

como un estado de salud visto a corto y largo plazo y su consecuente situación de bienestar.

En Holanda por ejemplo, se encontró una relación importante entre el estrés laboral y los altos niveles de ausentismo, debido a enfermedades y discapacidades permanentes en los trabajadores, en virtud de un mal funcionamiento psicológico y la existencia de síntomas depresivos en estas personas. Se demostró que el 58% de los empleados que tuvieron un mal funcionamiento psicológico soportaron una sobrecarga de trabajo mental, la cual fue responsable de esta incapacidad. Sin embargo, el 35% de los empleados discapacitados reportaron que todavía pudieron seguir trabajando si las medidas preventivas se hubiesen tomado a priori (Sauter y Murphy, 1985).

En este orden de ideas, Lazarus (1991) ha sugerido que para entender los modelos individuales de respuesta a varias condiciones que generan estrés laboral, es necesario su estudio de manera completa, tomando en cuenta el abordaje de la detección de las condiciones de trabajo que resultan adversas para las personas.

Un entendimiento más detallado tiene que ver con el control de los procesos cognitivos que gobiernan las respuestas individuales a diferentes demandas laborales. Se ha discutido que las personas, en muchos trabajos, particularmente aquellos que exigen altos niveles de demandas cognitivas, pueden ser capaces de ejercer algún grado de control sobre sus trabajos para contender con las demandas percibidas. Además, los individuos pueden diferir en el grado en el cual usan diferentes estrategias para llevar a cabo el control de sus actividades. Ellos también suelen prevenir estados psicológicos negativos o disminuir su rendimiento laboral ante la dificultad de las situaciones de demanda.

La evidencia de la tensión laboral puede ser manifestada de muchos modos dependiendo de la naturaleza del trabajo y de las características de las

personas. En otras palabras, las diferencias en ciertos estilos de conducta preferidos y el uso de estrategias de corta duración para contender con las demandas que exigen los trabajos, pueden resultar en una gran variedad de cambios en la ejecución de tareas, estados afectivos y actividad psicofisiológica (Sauter y Murphy, 1985).

3.6 ESTRÉS SOCIAL.

Las relaciones interpersonales conflictivas, los problemas con vecinos, amigos y compañeros de trabajo, son factores sociales que también marcan una incidencia importante en la manifestación del estrés. Sin embargo, al parecer, los individuos que tienden a ser más susceptibles son las personas con personalidad tipo A, caracterizadas por un exagerado sentido de urgencia y competitividad, y por ende, están más expuestas a padecer esta enfermedad, como se revisó en el capítulo 2. En el caso de las mujeres por ejemplo, esta incidencia se ha observado en aquellas que trabajan tanto fuera, como dentro del hogar. Las promociones laborales frecuentes y la sobrecarga de trabajo se han considerado también factores de riesgo.

Taylor (1981) por ejemplo, encontró que los pacientes con enfermedad coronaria eran personas que constantemente trabajaban a su máxima capacidad, y de manera incesante, buscaban el éxito profesional, comercial o en su vida política. Información epidemiológica de carácter retrospectivo, apoya estas impresiones clínicas.

Por otro lado, existen más indicadores a la susceptibilidad de padecer enfermedades del corazón, los cuales incluyen historias familiares o enfermedades cardiovasculares prematuras, diabetes, gota o hipertensión.

3.7 ESTRÉS PERSONAL.

Las teorías actuales del estrés se basan en las emociones. Esta perspectiva tiene un enfoque subjetivo, porque se basa en cómo la persona interpreta lo que sucede (Lazarus y Lazarus, 2000). Existen dos elementos fundamentales en esta teoría: la valoración; en donde la persona evalúa el significado de las cosas que le están pasando y su correspondiente enfrentamiento, mediante el cual, el individuo intenta manejar los daños, amenazas y desafíos que percibe que le ocurren.

Las circunstancias del estrés son en general de dos tipos: los acontecimientos vitales (que cuando ocurren tienen repercusiones en el psiquismo) y los problemas cotidianos, que son más comunes (Lazarus y Lazarus, 2000).

Los acontecimientos vitales se citaron ya en capítulos anteriores, por lo que sólo se hará una breve descripción de ellos. Estos han sido clasificados de acuerdo a la gravedad del daño que producen y al tamaño de las demandas de adaptación que generan. Las muertes ocupan en general el primer lugar, seguidas de

problemas económicos, pérdidas y catástrofes naturales. Las pérdidas en el sentido amplio de la palabra, son un evento catastrófico porque implica que las personas tienen que hacer grandes ajustes a nuevas formas de vida. Los individuos también experimentan angustia y otros síntomas psicológicos al contender con los problemas cotidianos. Para algunos individuos esto implica un reto, pero para otros, problemas que se tienen que resolver.

En lo que respecta a la familia, como parte importante en la vida de las personas, las fuentes de estrés surgen del propio núcleo y la familia extensa: los conflictos conyugales por aburrimiento, cansancio, rutina, infidelidad, problemas con los hijos o conflictos relacionados con la edad (Zavala, 2002).

Los problemas pueden intensificarse cuando el estrés personal (familia) y el estrés laboral se traslapan. Los conflictos pueden hacerse aún más graves

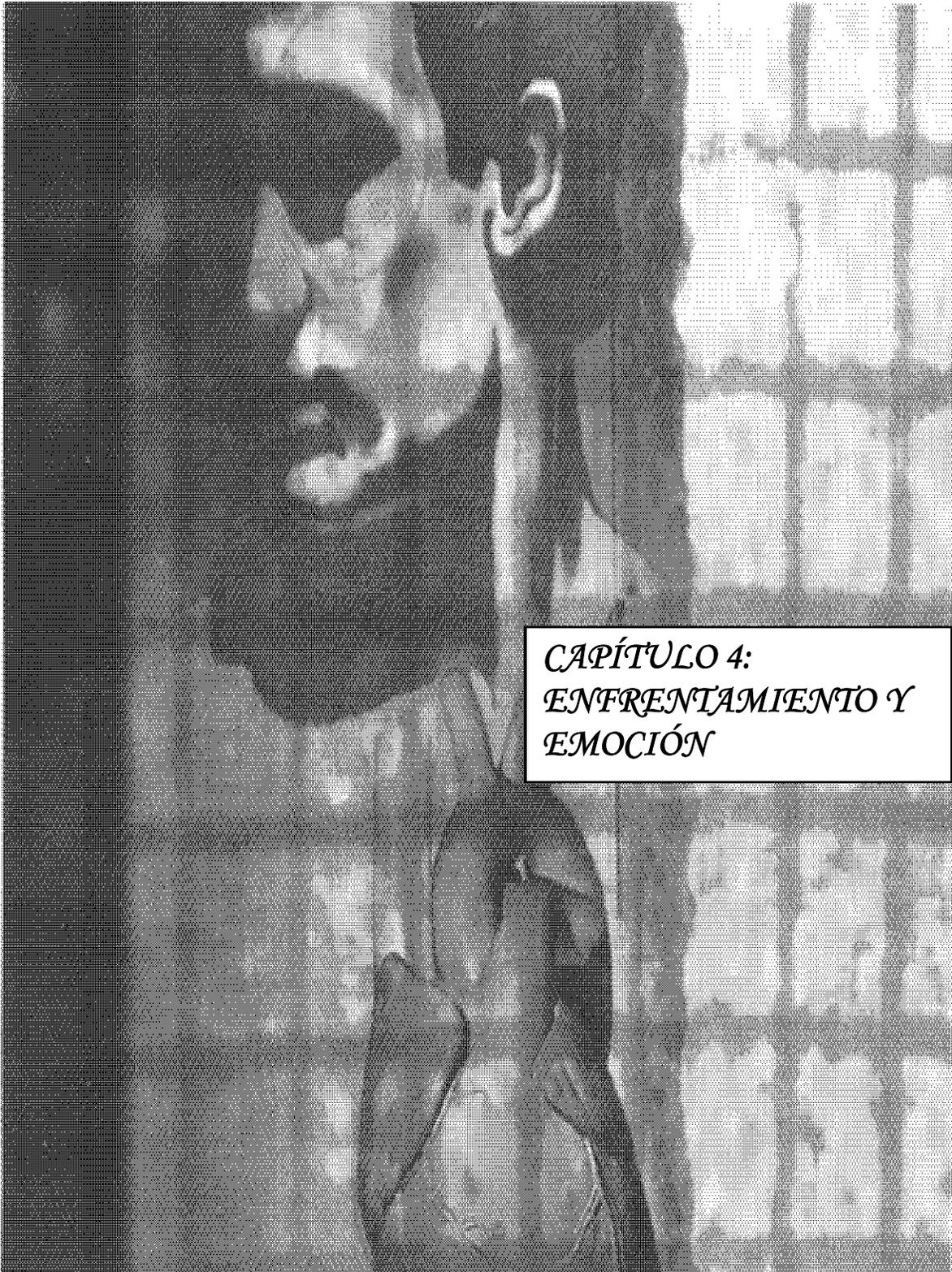
porque estas áreas se convierten en una reacción en cadena. Profesionistas que brindan apoyo psicológico o psicoanalítico son una herramienta básica para solventar estas situaciones y la práctica de técnicas de relajación o de algún deporte, coadyuvan al bienestar subjetivo.

La tarea ahora es proponer estrategias que coadyuven a mantener un estado de bienestar físico y mental lo mejor posible, a través del diseño de programas de intervención o talleres que mejoren la calidad de vida y las condiciones generales de adaptación de las personas a los cambios del medio.

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.*

Larizza Zavala Yoe.

*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*



***CAPÍTULO 4:
enfrentamiento y
EMOCIÓN***

ENFRENTAMIENTO Y EMOCIÓN

“Básicamente son tres las clases de enfermedades que pueden afectar al cuerpo humano y se encuadran bajo la categoría de enfermedades físicas, dolencias mentales y deterioro espiritual”.

Chee Soo., en López Ramos: Cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano.

“Si sobrevives, si persistes, canta, sueña, emborráchate. Es el tiempo del frío: ama, apresúrate. El viento de las horas barre las calles, los caminos. Los árboles esperan: tú no esperes, éste es el tiempo de vivir, el único”.

J. Sabines.

4.1 ENFRENTAMIENTO

Históricamente el enfrentamiento ha sido visto primeramente como una respuesta a la emoción. Dentro del modelo animal de estrés, el enfrentamiento es definido como aquellas conductas aprendidas que contribuyen a la sobrevivencia al hacerle frente a los estímulos dañinos (Folkman y Lazarus, 1988).

En la literatura anglosajona, el enfrentamiento es encontrado bajo el término de "coping" o "cope"; lo que significa hacer frente a, de acuerdo al diccionario de inglés de Collins (1994); o bien, contender, en el Webster's Student Dictionary (1997). En castellano, enfrentar significa estar enfrente, hacer frente o cara a una cosa; y afrontar significa poner una cosa enfrente de otra, carear, hacer frente al enemigo, al peligro, donde su sinónimo es desafiar. Es la acción de afrontar dos personas o cosas, tomando como sinónimo la confrontación, según el diccionario pequeño Larousse ilustrado (1986). Por otra parte, en el diccionario Océano de sinónimos y antónimos (2000); afrontar tiene como sinónimos las palabras enfrentar, arrostrar, desafiar, encararse, carear, oponer, aguantar, soportar, atreverse, mientras que el término enfrentar tiene como sinónimos oponerse, encararse, ponerse frente a frente, carear, contraponer, competir, desafiar, retar, combatir, afrontar.

Como se puede observar, los conceptos de enfrentamiento y afrontamiento son sinónimos, son equivalentes en el sentido gramatical y semántico, lo que se modifica es su prefijo. Lo importante es utilizar un sólo término, y en el transcurso de este trabajo, se empleará el concepto de enfrentamiento.

El concepto de enfrentamiento aparece en dos tipos de literatura teórica/empírica muy distintas: una se deriva de la experimentación tradicional con animales y la otra de la teoría psicoanalítica del yo. La diferencia principal entre la forma de tratar el enfrentamiento en este modelo y en el paradigma animal radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. En el modelo animal, se define frecuentemente el enfrentamiento "como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 141).

El término enfrentamiento no es nuevo, sin embargo, éste comienza a tomar forma durante la época de los 60's y 70's, junto con el florecimiento del estudio del estrés. De este modo, su abordaje tiene sus orígenes con la teoría del estrés (Lazarus, 1993).

Su estudio es resultado de una fragmentación de la teoría clínica y de la información empírica que se ha vinculado a menudo con definiciones, modelos y medidas divergentes. Las definiciones y las conceptualizaciones de enfrentamiento han abarcado un amplio rango de puntos de vista, que incluyen: a) el enfrentamiento como un rasgo de personalidad contra el enfrentamiento como un evento situacional; b) las estrategias de enfrentamiento como procesos adaptativos, conscientes contra estrategias de enfrentamiento o de defensa globales, intrapsíquicas, rígidas y procesos desadaptativos; y c) la naturaleza de la clasificación del enfrentamiento (por ejemplo, acercamiento contra evitación,

activo/instrumental contra el enfrentamiento afectivo/pasivo, adaptativo contra enfrentamiento desadaptativo) (Livneh, 1999).

El enfrentamiento es un concepto clave para la teoría y la investigación sobre la adaptación y la salud. Dentro del modelo de la psicología del yo, Folkman y Lazarus (1988) mencionan que el enfrentamiento incluye procesos cognitivos, tales como negación, represión e intelectualización como conductas de resolución de problemas, las cuales son invocadas para reducir el manejo de la ansiedad así como otros estados emocionales estresantes. La teoría de Lazarus, como una de las más importantes de este tema, tiene como antecedente la influencia de los conceptos psicoanalíticos de la psicología clínica de la personalidad que dio forma a la psicopatología, asociada con un estilo particular de defensa de los individuos ante ciertos estímulos del medio. Por ejemplo, las neurosis histéricas estaban vinculadas a la represión, las neurosis obsesivo-compulsivas estaban relacionadas a la intelectualización, la paranoia a la proyección, y así sucesivamente. Por tanto, el énfasis en el estudio del enfrentamiento está centrado en una psicodinamia interna más que en las fuerzas ambientales externas (Lazarus y Folkman, 1984).

Definiciones.

Murphy fue uno de los primeros investigadores en definir este concepto. Lo definió como: "cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante" (López, 1999, p.9).

En el modelo psicoanalítico de la psicología del yo, se define el enfrentamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan problemas, y por tanto, reducen el estrés.

Lazarus, junto con Launier presentaron una definición de enfrentamiento: "es el conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos, internos o externos" (Omar, 1995, p.19).

Más tarde, Lazarus y Folkman (1986) definen al enfrentamiento como "el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera".

Góngora y Reyes (2000) opinan que el enfrentamiento a los problemas se le considera como un factor que media la relación entre el estrés y la adaptación, donde se le reconoce un papel central en este último proceso.

Esto significa que los estilos de enfrentamiento pueden cumplir otra función: el de ser mediadores entre el estrés y la adaptación al medio, como un sistema de equilibrio entre uno y otro factor, lo que le permite al individuo tener imaginariamente un espacio, un respiro, y conductualmente, la oportunidad de poder responder al estímulo estresor.

Vale la pena señalar que entre estilo y estrategia de enfrentamiento existen diferencias de acuerdo a lo que ha indicado la literatura. El estilo hace referencia a un patrón, a una forma de respuesta más estable y la estrategia es inmediata y efímera. Por ejemplo, cuando el estresor es constante, se adopta un estilo de enfrentamiento, y para ello, se cuenta con una serie de estrategias previamente desarrolladas.

Lazarus es uno de los investigadores más reconocidos en la teoría del enfrentamiento, y ha venido trabajando este término desde la 2a. mitad del siglo XX. En sus postulados, existen dos tipos de abordaje en lo que respecta a este concepto: uno de ellos hace énfasis en lo que es el estilo, que son las

características de enfrentamiento como rasgos de personalidad, y el otro que enfatiza en los procesos, que son los esfuerzos para manejar el estrés dentro de un contexto adaptativo.

Como proceso, el enfrentamiento es definido como "los esfuerzos de desarrollo cognitivo y conductual para manejar demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes de los recursos con los que cuenta la persona", poniendo a prueba sus capacidades (Lazarus, 1993). Esta definición puede ser simplificada al decir que el enfrentamiento consiste en aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Este tipo de definición enfatiza que el enfrentamiento es un esfuerzo y es independiente del resultado que se obtenga, así que su función en la adaptación puede ser evaluada de manera independiente.

Como proceso, el enfrentamiento tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones (que pertenece al planteamiento de rasgo).

Segundo, los pensamientos y acciones de enfrentamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el enfrentamiento y evaluarlo, es necesario conocer lo que el individuo enfrenta.

Tercero, "hablar de un proceso de enfrentamiento, significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la inervación va desarrollándose, por tanto, el enfrentamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos

defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno" (Lazarus y Folkman, 1986, p.165). Al hacer referencia a las estrategias, vale la pena recordar que éstas son inmediatas y menos estables o duraderas que los estilos, porque éstos tienen que ver con las características de personalidad, y el uso de una o

de otra, depende de la situación estresante que vivan las personas, como ya se mencionó.

La teoría del enfrentamiento como un proceso enfatiza que por lo menos existen dos funciones principales de enfrentamiento: el que está orientado al problema, y el que está orientado a la emoción. El enfrentamiento orientado al problema significa cambiar o modificar la situación problemática que existe entre la persona con su ambiente, actuando sobre éste o sobre uno mismo. El enfrentamiento orientado a la emoción significa: a) cambiar el modo en que la situación estresante con el medio ambiente es percibida (ya sea de forma vigilante o de evitación) o b) el significado de lo que está sucediendo, lo cual mitiga el estrés aún cuando las condiciones actuales del problema no hayan cambiado. Por ejemplo, cuando una persona no sabe qué hacer en ciertas situaciones amenazantes, el distanciamiento suele ser una estrategia de enfrentamiento útil, esto puede minimizar la ansiedad temporalmente y utilizar después una estrategia más adaptativa en la solución del problema. Por lo tanto, el cambio en la relación con el medio es muy importante, porque regula el estrés y la emoción (Lazarus, 1993).

Además, Folkman y Lazarus (1984) sostienen que el enfrentamiento tiene dos funciones principales: la regulación de las emociones (emoción producida por el enfrentamiento) y el manejo del problema que está causando la angustia (orientación al problema).

A manera de ejemplo, en un estudio realizado con pacientes que sobrevivieron un episodio de infarto al miocardio, mostraron que las personas que habían usado un estilo de enfrentamiento orientado al problema, reportaron un mejor ajuste psicológico y social, seguido de su alta en el hospital, en comparación con los que habían recurrido a un estilo de enfrentamiento orientado a la emoción (Keckeise y Nyamathi, 1990).

Lazarus y Folkman consideran que **los esfuerzos de enfrentar son considerados como más exitosos si reducen la alteración fisiológica concomitante**. Además, el éxito también descansa en el cómo los individuos pueden rápidamente regresar a sus actividades cotidianas después de un encuentro estresante, ya que muchos de éstos interfieren con las tareas diarias en que se ocupan las personas. El éxito del enfrentamiento depende también de una variedad de recursos que se tengan para ello. Estos medios internos consisten en los estilos de enfrentamiento empleados por las personas y en las características de personalidad.

En el curso de otras investigaciones existen otros autores como Omar (1995) que identifican varias estrategias de enfrentamiento, tales como: "reducción de la tensión, autorreproche, búsqueda de apoyo social, distanciamiento del problema, focalización sobre lo positivo, autoaislamiento, manifestación de las emociones, solución activa del problema, respuestas de evitación, respuestas depresivas o cogniciones confortables" (Omar, 1995, p. 26).

Otros más, comenta esta autora, sólo se han centrado en describir aquellos estilos de enfrentamiento que se centran en el problema y los que se centran en las emociones, como lo indica el siguiente cuadro:

CUADRO 17: PRINCIPALES CLASIFICACIONES DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO.

Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.

Tipos de Estrategias	Autores y años
<ul style="list-style-type: none">• Enfocada en el problema Vs	Folkman y Lazarus (1980)
<ul style="list-style-type: none">• Enfocada en la emoción	Bachrach y Zautra (1985)
<ul style="list-style-type: none">• Aproximación Vs• Evitación	Roth y Cohen (1986)
<ul style="list-style-type: none">• Evitación Vs• No evitación	Suls y Fletcher (1985) Krohne (1989)

CUADRO 17: PRINCIPALES CLASIFICACIONES DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO.

Tipos de Estrategias	Autores y años
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamental <li style="text-align: center;">Vs • Cognitiva 	Stephoe (1989)
<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas • Autocrítica • Pensamientos ansiosos • Evitación del problema • Búsqueda de apoyo social • Reestructuración cognitiva • Expresión emocional 	Tobin, Holroyd, Wigal, Reynolds (1989)
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo social • Habilidad para solucionar problemas 	Dubow, Tisak, Causey, Hryshko y Reid (1991)
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo social • Solución de problemas • Rechazo o negación 	Kendler, Kessler, Heath, Neale y Eaves (1991)

Fuente: Omar (1995).

Para Oblitas y Becoña (2000), el distanciamiento, considerado como otro estilo de enfrentamiento, no sólo influye en la disminución del conflicto, sino que cuando desvía la atención de la persona para poder solucionar el problema, puede incrementar la dificultad de enfrentarlo.

Omar (1995) señala que la investigación psicológica reporta que Krohne en 1989, distinguió dos tipos de estilos de enfrentamiento: vigilancia y evitación o prevención cognitiva.

Por su parte, Livneh (1999) destaca que autores como Anderson, Ekdahl (1992); Felton y Revenson (1984,1987) y Helgeson (1992); comentan que existen estrategias de enfrentamiento como las conductuales, que se refieren a cuando la persona se enfrenta directa o activamente o bien, confronta el origen de la

situación estresante, o evita, escapa y se retira de su presencia. Además, las estrategias de enfrentamiento afectivo incluyen intentos individuales de regular

las reacciones emocionales asociadas: depresión, ansiedad, enojo, vergüenza, echarse la culpa a uno mismo o a los demás por la situación sufrida, o resignarse al impacto de la permanencia de la condición. Por último, las estrategias de enfrentamiento cognitivas incluyen la minimización, la negación, ignorar el impacto de los eventos estresantes, o bien, darle atención a esas situaciones.

Algunas estrategias de enfrentamiento son más estables y consistentes a través del tiempo que otras. Por ejemplo, la búsqueda de apoyo social tiende a ser muy inconsistente mientras que la reevaluación positiva es más consistente. Si se busca apoyo social en un encuentro estresante, existe poca probabilidad de que este mismo apoyo se proporcione en otro evento de la misma naturaleza. Sin embargo, cuando se emplea la reevaluación positiva existe mayor probabilidad de llevarla a cabo en otro tipo de encuentros. Así mismo, la búsqueda de apoyo social es un proceso que genera dependencia, mientras que la reevaluación positiva trae consigo un enfrentamiento más estable.

Scheier, Weintraub y Carver (1986; en Lazarus, 1993) han mostrado que la tendencia de ser optimista o pesimista influye en cómo la persona enfrenta los encuentros estresantes, lo cual implica una característica de personalidad en el proceso de enfrentamiento. Mucha de la investigación de este tipo revela el grado en que diversas estrategias de enfrentamiento son influidas por el contexto social, las variables de personalidad, o ambas.

4.2 PRINCIPALES INVESTIGACIONES.

Las investigaciones tempranas sobre enfrentamiento y el impacto en el infarto al miocardio en particular, se han centrado casi exclusivamente en la importancia que tiene la negación (típicamente estudiada como un mecanismo de defensa) en la protección de la ansiedad relacionada con la muerte. Un segundo objetivo

ha sido clasificar a los pacientes en dos grupos: los que niegan y los que no. Muchos de estos estudios se han basado en la medición de reportes que se han obtenido de conductas de negación. En una revisión más temprana de los procesos cognitivos inherentes de la adaptación psicosocial y al infarto del miocardio, Livneh (1999) señala que Kranz en 1980, concluyó que el uso de la negación por parte de los pacientes, explica mejor las reacciones inmediatas al infarto del miocardio cuando se encuentran internados (por ejemplo, la negación es una defensa que se usa para minimizar la ansiedad), sin embargo, su efectividad no ha sido apoyada para explicar a largo plazo, las consecuencias psicosociales en las personas una vez que abandonan el hospital.

El estilo de enfrentamiento de negación ha sido estudiado en varias investigaciones. Los hallazgos sugieren que éste se relaciona generalmente de manera positiva al incremento de adaptación psicosocial y niveles de disminución de ansiedad física, médica y emocional en las fases tempranas de convalecencia, seguidas de infarto al miocardio y en el impacto que tienen otras enfermedades cardíacas.

La negación, que es estudiada por los psicólogos del yo como un proceso patogénico, puede ser útil para la adaptación bajo ciertas circunstancias, en términos de costo-beneficio. Aunque si bien la negación es diferente de la evitación, hay mucho interés en las consecuencias de la primera en materia de salud mental y somática. Los objetivos de la salud están relacionados con un interés particular que incluye ataques de corazón, cirugías, asma y otras enfermedades. En este sentido, las observaciones que se han hecho de ataques al corazón, por ejemplo, sugieren que la negación tiene diferentes

consecuencias: a) cuando surgen los síntomas y son interpretados por la víctima en el sentido de decidir lo que hay que hacer; b) la reacción de los pacientes durante el periodo postcoronario dentro del hospital, y c) después de haber sido dados de alta del hospital. Aquí la negación parece ser contraproducente y peligrosa cuando la persona tiene síntomas, negando la búsqueda de ayuda, y

además es dañina si los individuos la utilizan como una estrategia de enfrentamiento.

Livneh destaca la importancia del estilo de enfrentamiento anterior, y cita a Soloff (1977-78), Soloff (1980), Soloff y Bartel (1979), quienes concluyeron que el efecto y funcionamiento de la negación sobre el estado de ánimo entre sobrevivientes de infarto incluía:

- 1.- La negación podía tener un papel importante en la disminución de la ansiedad y la mortalidad durante la fase aguda de convalecencia.
- 2.- Con el uso de la escala de negación (Hackett-Cassem), los pacientes negadores comparados con los no negadores, reportaron menos trastornos en el estado de ánimo, hecho que se mantuvo en las siguientes seis semanas y hasta los 3 meses del programa de rehabilitación cardiovascular. Sin embargo, a pesar del efecto en el estado de ánimo de las personas con enfermedad cardíaca, el uso de la negación también ha estado implicado en otras cosas, por ejemplo, en el hecho de que los pacientes no obtengan información acerca de su padecimiento, con lo que se incrementa el riesgo de desarrollar otras enfermedades relacionadas al corazón.

Las investigaciones más recientes sobre estilos de enfrentamiento y enfermedad cardíaca, reporta Livneh (1999), han sido numerosas, e incluyen: otras formas de enfrentamiento y el uso de más medidas psicométricas sobre enfrentamiento.

De manera contraria, Ben-Zur, Rappaport, Ammar y Uretzky (2000), en una investigación que realizaron con 171 pacientes después de un proceso de revascularización cardíaca, evaluaron los estilos de enfrentamiento, cambios de estilo de vida y pesimismo. Encontraron que el nivel de ansiedad postquirúrgico en estos pacientes fue alto, así como también el estrés psicológico. Las estrategias de enfrentamiento orientadas a la emoción reportaron ser inefectivas y estuvieron asociadas con altos niveles de pesimismo.

En general, los estudios recientes han demostrado que las personas con enfermedades cardíacas emplean un amplio rango de modos de enfrentamiento, tanto globales (activo, optimista) como específicos (confrontativos, búsqueda de información y desahogo) (Livneh, 1999).

Investigadores como Altum (2002), sostienen que las influencias separadas de la expresión, inhibición y represión de la hostilidad pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad coronaria. Al pretender explicar estas relaciones, este autor realizó un modelo descriptivo que explica cuatro tipos de enfrentamiento basados en dos ejes bipolares: antagonismo vs. asertividad e introspección vs. desinterés. Trabajó con un total de 64 pacientes del servicio de rehabilitación cardíaca de un hospital, hombres y mujeres, a quienes se les aplicó una escala que medía hostilidad. Altum encontró que aquellos individuos que habían usado un estilo de enfrentamiento antagónico, represivo y de inhibición mostraron menos mejoramiento en el programa de rehabilitación cardiovascular que aquellos que utilizaron estilos distintos, tal como el hecho de ser asertivo.

Otros investigadores como Kohlmann, Ring, Carroll, Mohiyeddini y Bennett (2001) sostienen que, en términos generales, existen dos tipos de enfrentamiento: el vigilante y el evitativo. El vigilante está caracterizado por estrategias de enfrentamiento que son empleadas para reducir la incertidumbre, así como para prevenir la posibilidad de enfrentarse a sorpresas negativas, como anticiparse a eventos negativos y búsqueda de información. **El enfrentamiento evitativo se ha asociado con un aumento en las reacciones**

cardiovasculares ante el estrés. En este tipo de enfrentamiento un estado emocional que es vivido muy intenso tiene que ser reducido o tiene que impedirse su incremento. Algunas estrategias de este tipo de enfrentamiento son la negación y la evitación propiamente dicha. Los autores señalan que Miller (1990) encontró que los evitadores retiran su atención de las señales que implican amenaza, como las reacciones fisiológicas, las

cuales los privan de información sobre sus propios cambios corporales ante la vivencia de un encuentro dañino. Comparados con los evitadores, los individuos vigilantes son más sensibles a las sensaciones internas -latidos cardiacos, tensión muscular- y tienen más información de sus síntomas corporales asociados con la enfermedad; la diferencia entre ambos hace referencia a las sensaciones internas, que dan información de que algo anda mal en el organismo.

Kohlmann, Ring, Carroll, Mohiyeddini y Bennett (2001) argumentan que de acuerdo a los postulados del modelo de enfrentamiento introducido por Krohne en 1989 y 1993, los individuos pueden diferenciarse de acuerdo al modo en que ellos reaccionan habitualmente a las situaciones amenazantes. La evitación cognitiva-vigilancia es concebida conceptual y operacionalmente como disposiciones de enfrentamiento separadas (dimensiones de personalidad).

Los mismos autores aplicaron un inventario de enfrentamiento en su versión original (MCI Mainz Coping Inventory de Krohne, 2000) para medir las dimensiones del enfrentamiento evitativo y vigilante con respecto a los eventos cardiacos potenciales. Este inventario consistió de 12 reactivos desarrollados para identificar estrategias de enfrentamiento con respecto a sensaciones cardiacas inesperadas. Empezó con la descripción de una situación diciendo: "Imagine que usted repentinamente siente palpitaciones en su pecho mientras está descansando". Se presentaron cinco tipos de estrategias de enfrentamiento

vigilantes; por ejemplo anticipación a los eventos negativos y búsqueda de información, y cuatro estrategias evitativas que incluían negación. Estos investigadores hipotetizaron que el enfrentamiento vigilante era diferente del enfrentamiento evitativo. Trabajaron con una muestra integrada por 329 estudiantes (122 hombres y 207 mujeres de Estados Unidos) y 124 estudiantes alemanes, (48 hombres y 76 mujeres). La escala que emplearon fue de tipo intervalar de cuatro puntos, donde el valor 4 indicaba mucho y el 1 nada sobre el grado en el cual los participantes adoptarían cada estrategia de enfrentamiento. Los resultados indicaron que dada la importancia de los síntomas cardiacos como dolor en el pecho, los pacientes tendían a buscar ayuda médica o no, lo cual estuvo influido por la intensidad del dolor y el estilo de enfrentamiento que emplearon: vigilante o evitativo. El primero los llevó a búsqueda de ayuda a través de sensaciones corporales y en el segundo caso no. Se concluyó que el tipo de enfrentamiento empleado los llevó a darle una solución adecuada al problema o simplemente a evitarlo, al darse cuenta de la presencia de síntomas como señal de alarma en la manifestación de una enfermedad inminente.

4.3 EMOCION Y ENFRENTAMIENTO.

Como componente principal de la teoría del enfrentamiento, el estrés psicológico está considerado como parte de una serie de emociones, entre ellas, el enojo, la ansiedad, la culpa, la vergüenza, la tristeza, los celos, la envidia y el disgusto; que surgen de situaciones conflictivas y son comúnmente referidas como emociones estresantes (Lazarus, 1993).

Lazarus recalca que para el enfrentamiento, las emociones que expresan los individuos son un recurso de información más poderoso que el estrés en sí. Conocer lo que una persona expresa emocionalmente es algo que arroja más información, ya que el estudio de las alteraciones psicológicas y sus concomitantes fisiológicos, fenómenos observables en el daño o la enfermedad,

son de implicación considerable. Por eso, es fundamental detenerse un poco y comprender primero lo que se entiende por emoción y cómo se comporta esta variable al conjugarse con otras.

Lazarus y Folkman (1988) han encontrado que el enfrentamiento es capaz de mediar las emociones, esto es, éste cambia el estado emocional desde el inicio hasta el término del encuentro. Estos investigadores evaluaron los estados emocionales de algunos individuos en el inicio y el término de una serie de

encuentros estresantes. Encontraron que algunas estrategias de enfrentamiento tales como la solución del problema con base en un plan y la reevaluación positiva, fueron asociadas con cambios en la emoción de negativa a menos negativa; mientras que otras estrategias de enfrentamiento tales como la confrontativa y el distanciamiento, correlacionaron con cambios emocionales en dirección opuesta, esto es, generaron mayor estrés.

Oblitas y Becoña (2000) sostienen que para las teorías de la emoción la evaluación tiene que ver con fuentes externas e internas que llevan al individuo a calificar algún evento como bueno o malo, benéfico o dañino, dependiendo de sus propias experiencias e historia personal. De esta manera, la elección de la estrategia de enfrentamiento tiende a ser variable, aunque existen diferencias individuales. En términos generales, las estrategias de enfrentamiento difieren en el uso de los recursos disponibles por las personas; así, las estrategias enfocadas a la tarea, que requieren una mayor atención con los estímulos externos tienden a ser más exigentes en el uso de esos recursos, mientras que las estrategias de evitación requieren poco procesamiento activo y exigen menos recursos.

Lazarus y Folkman (1984) consideran que el valor adaptativo de un proceso de enfrentamiento como mediador de las emociones depende del contexto donde

se da; de esta manera **la solución de problemas puede ser desadaptativa si se continúa en ella en condiciones que no modifican sus resultados**, o el enfrentamiento confrontativo puede ser adaptativo y no generar emociones negativas.

La emoción afecta al enfrentamiento motivándolo ó impidiéndolo. Sin embargo, en encuentros estresantes, la relación entre emoción y enfrentamiento es bidimensional, afectándose mutuamente. El proceso de evaluación genera emoción; así, la evaluación y sus emociones acompañantes influyen sobre los

procesos de enfrentamiento, los que a su vez cambian la relación persona-ambiente. En seguida esta relación es reevaluada, lo que lleva a un cambio nuevo en la intensidad y calidad de la emoción (Folkman y Lazarus, 1988).

Oblitas y Becoña (2000) comentan que las evaluaciones de las experiencias catalogadas como agradables o desagradables, buenas o malas, deseables o nocivas, proporcionan la calidad de la experiencia emocional y las reacciones viscerales. Por eso, no solamente el estrés que experimentan las personas puede incidir directamente sobre el organismo, sino también el uso inadecuado de un estilo de enfrentarlo puede influir sobre la salud (Gutiérrez, Ito, Contreras, 2000).

A pesar de esto, la gente no solamente presenta conductas de acercamiento-avoidancia o procesos defensivos para enfrentar las demandas complejas de un evento estresante dado, sino un amplio rango de estrategias cognitivas conductuales que han ayudado a las personas a resolver problemas y a regular sus funciones emocionales (Felton y Revenson, 1984).

4.4 LA FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES EN EL ENFRENTAMIENTO Y EN EL DESARROLLO DE LAS ENFERMEDADES CARDIACAS.

4.4.1 Definiciones.

Emoción: De acuerdo al diccionario Larousse, (1986), esta palabra significa agitación, turbación del ánimo, sobresalto, trastorno.

El diccionario enciclopédico Grijalbo (1986) define este concepto como “un estado de ánimo intenso y breve, con sensaciones tales como miedo, amor, ira, alegría, más subjetivo que racional, a veces, con cambios fisiológicos, no siempre aparentes” (p.687). La emoción alivia tensiones.

Palabra proveniente del latín movere, que significa movimiento. En situaciones emocionales la gente se mueve: ellos actúan y vuelven a actuar (Bradley, 2000).

Un aspecto de las teorías de las emociones, es que existe un acuerdo general de que éstas se encuentran asociadas con una serie de reacciones fisiológicas, como taquicardias, sudor en las manos, músculos tensos, rubefacción o palidez en la cara, etc. De esta manera, dichos cambios corporales, dan noticia de la vida emocional de las personas ante la vivencia de experiencias intensas. El vínculo entre las manifestaciones corporales y un estado específico interno hace evidente que se está expresando una emoción.

Bradley (2000) señala que los neurocientíficos han empezado a determinar cómo la relación entre un estímulo que se recibe y su conducta resultante está mediada en gran parte por estructuras cerebrales subcorticales, circuitos neurales específicos, los cuales organizan y dirigen las acciones adaptativas de los individuos.

Este investigador también destaca que entre los acercamientos al estudio de las emociones, algunos incluyen el punto de vista psicofisiológico y conceptualizan a la emoción en términos de una serie de estados tales como el temor, el enojo, la tristeza, etc. Así, las listas de emociones básicas que se proponen y se han

estudiado en las investigaciones científicas varían. Así mismo, agrega que Descartes describió una serie de emociones como asombro, amor, júbilo, deseo, odio y tristeza como fundamentales; por su parte, Watson hizo referencia a emociones similares, y más recientemente, Izard (1972) incluyó la sorpresa, el gozo, el interés, el disgusto, la pena, el temor, el enojo, el desprecio y la angustia, mientras que Plutchik (1980) habló de sorpresa, aceptación, deseo, temor, pánico y disgusto. Existe toda una gama de estados emocionales conocidos como básicos o fundamentales. Así mismo, señala que Frijda (1986) considera que las emociones están compuestas de elementos cognitivos, neurobiológicos y conductuales.

Desde un punto de vista adaptativo, Scherer (1986) y Frijda (1986) consideran que las emociones son un producto de la interacción entre la persona y el ambiente, teniendo una función adaptativa a través de la mediación de situaciones continuamente cambiantes y la conducta del individuo. En apoyo a estos hallazgos Scherer (1986) y Lazarus (1991) comentan que las emociones están asociadas con el impulso de actuar, de tal manera que están vinculadas a modelos fisiológicos, promoviendo la conducta adaptativa.

Sin embargo, así como las emociones son el motor para realizar actividades, también son producto del estrés y mediadores de sus efectos (Spielberger y Sarason, 1976) y proveen los diferentes modos de entendimiento e interpretación del mundo que nos rodea (Kubzansky y Kawachi, 2000).

Otra de las funciones que tienen las emociones es comunicar el estado emocional de la persona y conductas hacia otros en un ambiente social (Scherer 1986) como sucede en la dinámica de las relaciones interpersonales en la vida en común.

Así mismo, las emociones son procesos funcionalmente apropiados que pueden, no obstante, tener consecuencias disfuncionales cuando el sistema es puesto a

prueba más allá de los límites de su capacidad, lo que lleva a pensar que esto puede alterar el sistema inmunológico. De este modo, las emociones pueden estar directamente vinculadas a la enfermedad cardiovascular, porque activan la secreción de sustancias en el organismo y la activación de sistemas conectados a ellas. Es así como a través del tiempo, la activación recurrente de estos sistemas pueden establecer procesos fisiológicos relacionados a enfermedades.

En investigación con animales por ejemplo, se ha demostrado que el estrés y la estimulación emocional pueden agravar la aterosclerosis por mecanismos relacionados al daño de la circulación arterial (Kubzansky y Kawachi, 2000).

En estudios con humanos, en una investigación realizada con 119 hombres a quienes se les dio seguimiento durante dos años, Julkunen, Salonen, Kaplan, Chesney y Salonen (1994) encontraron el doble de la aceleración de la progresión de la aterosclerosis medida ultrasonográficamente en individuos con niveles altos de la represión de su enojo y hostilidad, en comparación con aquellos quienes reportaron niveles más bajos.

Así, emociones específicas como el enojo, la ansiedad y la depresión han surgido como un factor de riesgo potencialmente importante para la enfermedad cardiovascular (Goldstein, Niaura, 1992; Sesso, Kawachi, Volkonas y Sparrow, 1998).

Entre los factores psicológicos que potencialmente afectan el desarrollo de esta enfermedad, los estados emocionales como la ansiedad y la depresión, son distintos de otros factores psicológicos y conductuales, como la personalidad o el estilo de enfrentamiento (Dorian y Taylor, 1984).

La ansiedad resulta de las percepciones de amenaza y está caracterizada por una inhabilidad para controlarlas. La depresión es una mezcla de tristeza, soledad, desesperanza, culpa y vergüenza y a menudo ocurre en asociación con algún tipo de pérdida (Lazarus, 1991).

Carney (1998) señala que existe evidencia abundante donde la depresión, la ansiedad y el enojo incrementan el riesgo cardiaco en pacientes con enfermedad coronaria.

En investigaciones similares, Manuck y Krantz (1986) hipotizaron que los **episodios repetidos de enojo y ansiedad pueden evocar fuerzas hemodinámicas tales como estrés, las cuales pueden eventualmente causar daño al endotelio y promover el desarrollo de aterosclerosis; especialmente cerca de las bifurcaciones de las arterias principales.**

En el estudio de Framingham el reactivo: "inhabilidad para expresar sentimientos de enojo", predice el subsecuente riesgo de padecer enfermedad del corazón (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980).

Carney (1998) señala que en investigaciones similares, Denollet y Brutsaert en 1998, encontraron que la combinación de emociones negativas y la inhibición social predice sucesivos eventos cardiacos independientemente de los factores médicos de riesgo establecidos. Everson, Kauhanen, Kaplan, Goldberg, Julkunen, Tuomilehto y Salonen (1997) apoyan estos hallazgos y agregan que desde el punto de vista histórico, el enojo, la hostilidad y la agresión son emociones que han estado implicadas a menudo como factores predisponentes en la enfermedad coronaria y la hipertensión arterial.

Desde una óptica distinta, a pesar de que una gran cantidad de investigaciones han relacionado al estrés y a los estresores con la enfermedad cardiovascular,

como lo sostienen Grodstein y Stampfer (1995) son menos las investigaciones que se han enfocado al estudio de las emociones negativas. La manera en la cual los individuos se enfrentan con el enojo (represión vs. expresión) y aquello que tiene que ver con su modulación, puede ser importante en la determinación de los efectos que se tengan sobre el desarrollo de las enfermedades cardíacas (Kubzansky y Kawachi, 2000).

Una variable relevante que tiene que ver con las emociones descritas anteriormente y que se le considera como una característica de personalidad determinante en la propensión de enfermedad coronaria, es la llamada conducta tipo A. Conocida más bien como un factor de riesgo, tiene como fundamento la hostilidad. Los individuos hostiles pueden tener perfiles psicosociales que los hacen más vulnerables a las enfermedades. Diversos estudios que apoyan estas ideas reportan que los altos puntajes en la escala de hostilidad de Cook-Medley (1954) se han asociado con niveles altos de conflicto

interpersonal, bajos niveles de apoyo social, más eventos de vida negativos y más problemas severos y cotidianos. Una posible explicación de esto se basa en el modelo conductual de la salud, el cual sugiere que la gente que es hostil puede tener mayor riesgo a enfermarse porque tiene hábitos de salud pobres (Everson, Kauhanen, Kaplan, Goldberg, Julkunen, Tuomilehto y Salonen, 1997).

Brownley, Hurwitz y Schneiderman (2000) demostraron que la activación del sistema simpático adrenal está relacionado con el estrés psicológico y la enfermedad por aterosclerosis. Las emociones pueden estar vinculadas a la enfermedad cardiovascular porque ellas activan los ejes hipotalámico-pituitario-adrenocortical y el sistema simpático-adrenal con elevaciones resultantes en los niveles de cortisol y catecolaminas (Baum y Grunberg, 1995). Con una opinión muy similar, Schneiderman (1987) considera que las emociones pueden influir en la salud cardiovascular a través de múltiples caminos, en donde algunos de

ellos más específicos pueden involucrar una activación excesiva del sistema nervioso simpático o los ejes hipotálamo-pituitaria-adrenocorticol.

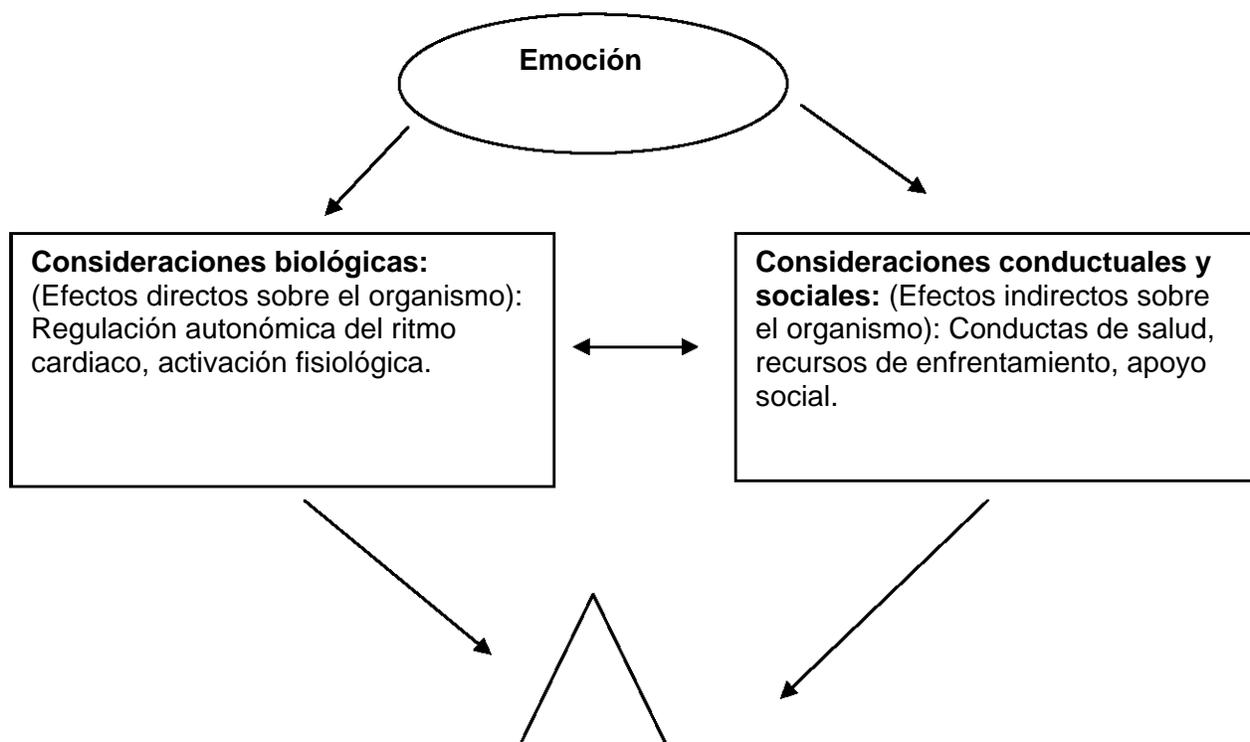
Kubzansky y Kawachi (2000) sostienen que con el tiempo, la activación recurrente de estos sistemas pueden producir enfermedades relacionadas con procesos fisiológicos y consideran que hay evidencia que los estados de emoción aguda pueden causar el surgimiento de la enfermedad cardiovascular. Por lo anterior, es importante tomar en cuenta que, tanto los agentes fisiológicos como psicológicos, se consideran factores de riesgo potenciales para el desarrollo de las enfermedades cardíacas.

Por lo tanto, se podría pensar que el estrés mental y las emociones que están implicadas, son principios que están en correspondencia con la isquemia miocárdica. Por eso, los estilos de enfrentamiento juegan un papel fundamental para resolver las situaciones que generan alta tensión en las personas, lo que puede marcar la diferencia entre desarrollar una enfermedad de gravedad o no.

En resumen: **los factores psicológicos pueden influir sobre el funcionamiento biológico de diversas maneras. Una posibilidad es que los estilos de enfrentamiento pueden influir en las conductas de salud de los individuos. Numerosos estudios han demostrado que cuando el estrés es incontrolable para las personas, lo cual puede suceder si éste no es tratado de manera adaptativa, incrementa la ocurrencia de los niveles de catecolaminas en el sistema circulatorio, evento que afecta tanto el sistema inmune como la función cardíaca** (Kenneth y Gregory, 2002).

En una representación gráfica, el siguiente esquema ilustra un modelo heurístico del proceso de enfermedad cardiovascular y la emoción. Se presenta un modelo unidireccional, aunque se acepta que la bidireccionalidad es también posible (Kubzansky y Kawachi, 2000).

ESQUEMA 11: EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.



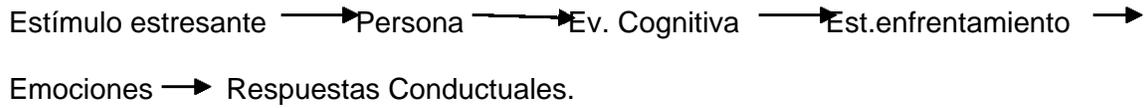
Fuente: Kubzansky y kawachi (2000).

Al señalar la relevancia que tiene entonces el estrés sobre la relación del individuo -como ser integral- con el medio ambiente, Folkman (1984) establece que este proceso tiene dos significados en relación a la teoría cognitiva del estrés: primero, que una persona y el medio ambiente están en una relación dinámica que se encuentra constantemente cambiando, y segundo, que esta

relación es bidireccional entre el individuo y su medio, en donde uno actúa sobre el otro:



En un esquema completo en la relación de estos conceptos, se podría decir que, ante un estímulo estresante del medio, el organismo realiza una evaluación cognitiva y proporciona algunas estrategias o estilos de enfrentamiento, a los que se les suman expresiones emocionales y actúa en consecuencia, dando una serie de respuestas:



La circulación de estos elementos comienza con una transacción que es evaluada como dañina, amenazante o retadora para la propia persona. El proceso de evaluación cognitiva genera emoción. Tanto la evaluación que realiza el individuo como sus emociones concomitantes, influyen en los procesos de enfrentamiento. La alteración de la relación de la persona con su medio es reevaluada y produce un cambio en la intensidad de la emoción. Visto desde este ángulo, el enfrentamiento es un mediador de la respuesta de la emoción. Como mediador, el enfrentamiento surge durante el encuentro y transforma la evaluación cognitiva original y su emoción concomitante de algún modo.

Las emociones negativas que pueden culminar en hábitos de salud pobres pueden conducir, junto con estilos de enfrentamiento poco adaptativos, a un incremento del estrés y mortandad. En una revisión exhaustiva que hicieron de la literatura y que comprendió el período de investigaciones reportadas de 1965

al año 2000, Kenneth y Gregory (2000), sólo encontraron un estudio Murberg y Bru (en prensa) **que hace referencia a estilos de enfrentamiento y mortalidad por insuficiencia cardiaca.**

Interesado en los índices de mortalidad de los pacientes con enfermedad cardiaca, en otro estudio Murberg (2001) realizó un trabajo sobre los estilos de enfrentamiento y la mortalidad entre pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva. Evaluó los efectos de los diferentes estilos de enfrentamiento sobre el riesgo de mortalidad en pacientes con esta enfermedad. Se les pidió a los pacientes que indicaran cómo reaccionaban generalmente a los encuentros estresantes relacionados a su padecimiento. Murberg trabajó con un inventario de enfrentamiento de (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) que contenía 6

subescalas y cada una de ellas estaba compuesta por cuatro reactivos. El objetivo fue evaluar los efectos que tenían los diferentes tipos de enfrentamiento sobre la mortalidad y conformó una muestra de 119 pacientes varones, con una edad media de 65.7 años, del servicio de consulta externa de cardiología. Cabe señalar que se registraron veinte muertes en un período de un año de estudio. Las subescalas se referían a: 1) Enfrentamiento activo (el cual evaluaba los efectos de cambiar la situación problemática relacionada a la enfermedad, mediante un cambio en sí mismo o en el ambiente); 2) Búsqueda de apoyo instrumental-social (búsqueda de consejo, asistencia o información acerca de la enfermedad); 3) Búsqueda de apoyo social-emocional (búsqueda de apoyo moral o comprensión; 4) Aceptación (Intento de aceptar la realidad del padecimiento); 5) Negación (pretender que el problema de la insuficiencia no era real); 6) Control conductual (Responder al estrés relacionado con la enfermedad, dando intentos de controlarla). Los hallazgos reportaron que el intento de controlar el estrés que provocaba el padecimiento en relación a la capacidad de encarar la tensión asociada a la enfermedad, fue un predictor de mortalidad significativo.

En lo que concierne a emoción y enfrentamiento, gran parte de las investigaciones sobre la relación que existe entre estas variables en seres humanos, se han centrado en la manera en la que la emoción (que es expresada en forma de ansiedad) puede interferir con el funcionamiento cognitivo y por consiguiente con el enfrentamiento (Krohne y Laux, 1982).

Los componentes de los estilos generales de enfrentamiento han sido empírica y clínicamente reportados entre personas con un amplio rango de enfermedades y discapacidades crónicas, señala Livneh (1999) y menciona situaciones de vida amenazantes tales como cáncer y enfermedades cardiacas (Dunkel- Schetter,

Feinstein, Taylor y Falke; 1992; Feifel, Strack, y Nagy, 1987; Keckeisen y Nyamathi, 1990); condiciones ortopédicas tales como daños en la médula espinal y amputaciones (Dunn, 1996; Hanson, Buckelew, Hewett y O'Neal, 1993; Nieves, Charter y Espinall, 1991); desórdenes sistémicos, tales como diabetes (Frenzel, McCaul, Glasgow y Schaefer, 1998); enfermedades inflamatorias tales como artritis reumatoide (Zatura y Manne, 1992); desórdenes neuromusculares, tales como enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple (Ehmann, Beninger, Gawel y Riopelle, 1990; Wineman, Durand y Steiner, 1994); condiciones neurológicas tales como daño cerebral y epilepsia (Garske y Thomass, 1992; Kaplan y Wyler, 1983). Así mismo, los resultados de estos estudios y de recientes revisiones de la literatura sobre enfrentamiento relacionados con pérdidas personales, enfermedades crónicas y discapacidades físicas y sugiere lo siguiente:

1.- Las diferentes enfermedades y discapacidades necesitan un manejo diferente de estilos de enfrentamiento para combatir el estrés asociado con las limitaciones funcionales de cada condición, la influencia del medio ambiente y el impacto que tiene el evento sobre el individuo a largo plazo. Además, durante el curso de cada enfermedad crónica, se adoptan diferentes tipos de estilos de enfrentamiento de acuerdo a cada condición impuesta por cada estatus médico

de las enfermedades, por problemas específicos de salud, modalidades de tratamiento, reacciones psicosociales e indicadores de pronóstico.

2.- Los esfuerzos de enfrentamiento son vistos también como relacionados directamente con la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas y discapacidades.

En lo que se refiere a la forma de cómo los pacientes encaran el proceso de rehabilitación cardíaca, una vez que son dados de alta del hospital, se tiene el

reporte de una investigación realizada sobre percepción de enfermedad, estado de ánimo y estilos de enfrentamiento como predictores en la atención y seguimiento de la rehabilitación cardíaca que Whitmarsh, Koutantji y Sidell (2003) plantearon con el objetivo de identificar las variables psicológicas relacionadas con la falta de atención a la rehabilitación cardíaca. Averiguaron si los pacientes que sí asistían a los programas de rehabilitación cardíaca en comparación con los que no acudían, eran diferentes en relación a los componentes de un modelo de autoregulación y enfrentamiento, donde sus variables pudieran ser las mejores predictoras de la conducta de asistencia a la rehabilitación. Noventa y tres pacientes completaron un cuestionario de percepción de enfermedad, una escala de depresión y ansiedad hospitalaria y un cuestionario de enfrentamiento a problemas. Los resultados reportaron que los pacientes que sí acudían al programa de rehabilitación cardíaca, difirieron de sus contrapartes, en la forma en que percibían un gran número de síntomas y consecuencias de su enfermedad como: mayor estrés, menos creencias hacia el hecho de que su enfermedad había sido causada por un germen o virus y el uso más frecuente de un estilo de enfrentamiento en particular; tanto orientado al problema como a la emoción. Los mejores predictores de la baja o alta asistencia del programa de rehabilitación fueron las percepciones de los síntomas y el posible control y cura de la enfermedad.

Existe una variación en los estilos de enfrentamiento en las personas, ya que dependen de la historia de cada quien, de la intensidad y del significado del estresor, del ambiente en que se desarrolla el encuentro, la evaluación que se hace de la experiencia, etc, dando como resultado una posible influencia en la aparición de ciertas enfermedades incapacitantes o crónico degenerativas que pueden cambiar por completo el estilo de vida de los individuos (Livneh 1999).

Por lo antes presentado y ante las evidencias de que la cardiopatía isquémica es una enfermedad que va en aumento en nuestro país, produciendo incapacidad parcial o permanente o incluso la muerte, se observa que ante el surgimiento de conflictos, existen estilos de enfrentamiento que las personas usan, tanto positivos como negativos. Por tal razón, se decidió investigar la posible relación existente entre los estilos de enfrentamiento, los estresores que en el pasado vivieron las personas, con el desarrollo de la cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto agudo del miocardio), en dos grupos de estudio: pacientes y no pacientes. Los resultados de la presente investigación podrán permitir establecer nuevas líneas de investigación sobre este tema que abran caminos para estructurar programas adecuados de intervención psicológica y médica integral.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En virtud de que las enfermedades del corazón ocupan los primeros lugares en los índices de mortalidad a nivel mundial y nacional (INEGI: 2001, 2002, 2005; OMS: 1996; SSA: 2001, 2002, 2006), que su incidencia tiende a ir en incremento, que existen estudios que sostienen la relación entre los estresores, los estilos de enfrentamiento y la cardiopatía isquémica y que no se han encontrado investigaciones que demuestren el uso de estilos de enfrentamiento ante el estrés ocurrido previamente al desarrollo de la enfermedad y si éste fenómeno es diferente entre aquellas personas que han sufrido este padecimiento y las que no, se plantea la siguiente:

5.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existen diferencias en el uso de estilos de enfrentamiento ante los estresores (sociales, laborales y personales) antes del desarrollo de la cardiopatía isquémica entre los pacientes que presentan la enfermedad y en personas que no la presentan?

5.3 OBJETIVOS:

1.- Identificar la presencia de estresores sociales, laborales y personales previos en personas con cardiopatía isquémica (infarto agudo al miocardio y angina de pecho) y en personas que no presentan la enfermedad.

2.- Determinar los estilos de enfrentamiento que los pacientes con cardiopatía isquémica utilizaron para enfrentar estresores sociales, laborales y personales que sucedieron antes de la enfermedad, así como también los que utilizaron las personas que no presentaron la enfermedad.

3.- Establecer la comparación entre los estresores (sociales, laborales y personales) previos a la enfermedad y los estilos de enfrentamiento utilizados por los pacientes con cardiopatía isquémica y por las personas que no presentaron la enfermedad.

5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

5.4.1 Definición conceptual:

***Estresor social:** “Comprende situaciones y circunstancias que ocurren fuera del ámbito del trabajo e incluyen condiciones de vida caóticas, peligrosas o insalubres, relaciones conflictivas en la dinámica con la familia, con los amigos y los vecinos, responsabilidades abrumadoras” (Gutiérrez y Osterman, 1994, p. 26).

***Estresor laboral:** “Se refiere a los factores de estrés en el lugar de trabajo debidos a la naturaleza de la ocupación, a sus condiciones, a los conflictos interpersonales, a una supervisión, gerencia o dirección ineficaz, y a los conflictos entre el trabajo, las obligaciones personales y las necesidades propias de autorrealización” (Gutiérrez y Osterman, 1994, p. 27).

***Estrés personal:** “Componentes que reflejan la disposición individual y comportamientos (que incluyen emociones) que generan culpa, fracasos e ineffectividad, y comportamientos socialmente inapropiados, como la evitación, proyección y reserva extrema” (Gutiérrez y Osterman, 1994, p. 27).

***Enfrentamiento:**

Para Lazarus y Folkman (1986), **enfrentamiento** “es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera. Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 44).

***Cardiopatía isquémica (infarto agudo al miocardio y angina de pecho):**

“La cardiopatía isquémica es la consecuencia de un suministro insuficiente de sangre oxigenada al miocardio. En la práctica, el padecimiento se debe a oclusión aterosclerótica de las grandes arterias coronarias extramurales, aunque la lesión de estos vasos puede obedecer también a otros fenómenos patológicos como embolias, padecimientos fibromusculares de las arterias y arteritis de diversas causas” (Sodeman y Sodeman, 1983, p. 316). “El infarto del miocardio es la alteración de una porción del tejido muscular que sobreviene cuando el aporte sanguíneo (de oxígeno) a ese territorio, es francamente insuficiente. Eso ocurre a veces con la oclusión total de la arteria coronaria, pero a veces, con la disminución suficientemente importante como para producir muerte del músculo” (Espino, 1983, p.67). La angina de pecho se presenta generalmente en pacientes por encima de 40 o 50 años de edad, por estrechamiento de las arterias coronarias con disminución de flujo a través de la red coronaria sin llegar a ocluirla y sin producir una zona muerta del miocardio. La angina de pecho se

manifiesta con dolor a veces extremo, y se debe a que el aporte de sangre y oxígeno no es suficiente a las exigencias del miocardio (Guadalajara, 1989).

5.4.2 Definición Operacional:

Presencia o ausencia de enfermedad, con los valores:

- a) Cardiopatía isquémica (infarto agudo al miocardio y angina de pecho): Estará dado por el diagnóstico médico en el expediente de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX, (grupo 1).
- b) Personas sin cardiopatía isquémica (grupo 2), son aquellas que no presentan la enfermedad.

Estresores: Puntajes que se obtuvieron de acuerdo a las respuestas dadas tanto por los pacientes infartados y con angina de pecho como por los individuos sin enfermedad en el cuestionario que mide estrés social, laboral y personal, en el instrumento de trabajo del grupo de investigación del Laboratorio de investigaciones psicosociales, emociones y salud, revalidado por Zavala, Reidl, Rivas y Gutiérrez (2005).

Estilos de enfrentamiento: Puntajes que se obtuvieron de acuerdo a las respuestas dadas por los pacientes infartados y con angina de pecho como por los individuos sin enfermedad en el cuestionario de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman (1984), revalidado por Zavala, Reidl y Rivas (en prensa).

5.5 HIPÓTESIS:

5.5.1 Conceptual:

Durante el estrés mental, las personas que se preocupan mucho tienen incrementos en los latidos del corazón, por lo que esta respuesta particular sugiere que la preocupación puede tener un concomitante fisiológico (Robinson,

Corbett y Spurlock, 1996). Se ha encontrado también en algunas investigaciones que las emociones negativas tales como la ansiedad, tienen repercusiones orgánicas y específicamente una marcada incidencia sobre las enfermedades cardiacas (Kubzansky y Kawachi, 2000). Otros investigadores agregan que algunos fenómenos psicológicos (estresores, características de personalidad, estilos de enfrentamiento y emociones) pueden ser influidos por factores psico-conductuales que causan cambios fisiológicos agudos o crónicos (Ketterer, Mahr y Goldberg, 2000). Se comenta que el estrés laboral se manifiesta de manera distinta entre los pacientes cardiacos y las personas sin padecimiento, por lo que se puede concluir que la enfermedad cardiaca está asociada con problemas laborales (Steptoe, 1981). Por ello, se propone que los estresores personales, laborales y sociales en la vida de las personas y la manera de enfrentarlos, se encuentran asociados con el desarrollo de la cardiopatía isquémica (infarto agudo del miocardio y angina de pecho), por lo que se supone que los pacientes y no-pacientes tienen formas particulares y diferentes de interpretar los estresores y usar los estilos de enfrentamiento ante ellos.

5.5.2 De trabajo:

1.- Los estilos de enfrentamiento que usaron los pacientes con cardiopatía isquémica ante los estresores (sociales, personales y laborales), son diferentes de aquellos utilizados por las personas que no presentaron la enfermedad.

5.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO:

Es un diseño de dos muestras independientes (comparaciones) y confirmatorio.

5.7 TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico, por conveniencia y por cuota.

5.8 PARTICIPANTES:

Participaron un total de 102 personas, 51 formaron el grupo de pacientes y otras 51 integraron el grupo de no pacientes; 29 fueron hombres (56.9%) y 22 mujeres (43.1%). Cabe mencionar que el grupo de pacientes fue diagnosticado con cardiopatía isquémica, en cualquiera de sus dos modalidades: (angina de pecho o infarto agudo del miocardio), de acuerdo a la valoración médica realizada y asentada en su expediente clínico. Los participantes que conformaron este grupo, se encontraban internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX, en diferentes estados de gravedad. Las características sociodemográficas del grupo de pacientes abarcaron un rango de edad de 40 a 83 años, con un promedio de 62.7 años. En lo que respecta al estado civil, 44 personas estaban casadas (86.3%); 2 vivían en unión libre (3.9%); 2 eran viudos (3.9%) y 1 solo reportó estar separado (2%). En cuanto a la ocupación, 21 pacientes estaban jubilados (41.2%), 14 se dedicaban al hogar (27.5%), 8 trabajaban en puestos de mandos

medios (15.7%) y 8 más en posiciones conocidas como mandos operativos (15.7%). Por su parte, los no pacientes fueron personas sin diagnóstico de cardiopatía isquémica. Esta aseveración fue plasmada en la respuesta que dieron (a diferencia del grupo anterior), a una serie de preguntas incluidas en los cuestionarios, que hacían referencia a sus antecedentes de salud heredo-familiares, estado físico y un breve reporte sobre si consideraban en ellos presentes o ausentes factores de riesgo coronario, mismos que fueron tomados

en cuenta en el grupo de pacientes. Para los no pacientes, el rango de la edad fue de 27 a 79 años, con un promedio de 43.2 años. Respecto a su estado civil, 31 participantes estaban casados (60.8%), 15 solteros (29.4%), 4 separados (7.8%) y 1 viudo (2%). La ocupación quedó conformada por 20 empleados de mandos medios (39.2%), 18 médicos (35.3%), 8 enfermeras (15.7%), 3 empleados operativos (5.9%) y 2 controladores aéreos (3.9%). Cabe destacar que los mandos medios para ambos grupos quedaron definidos en puestos básicamente administrativos y los niveles operativos fueron descritos como afanadores, mantenimiento, etc. El estatus socioeconómico para los dos grupos quedó igualado en un nivel medio (AMAI, 2002).

5.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Para la muestra de los pacientes el criterio de inclusión fue el diagnóstico de cardiopatía isquémica, en su modalidad de angina de pecho (estable o inestable) o infarto agudo del miocardio, médicamente reportado. En el grupo de no pacientes, el criterio de inclusión contempló a trabajadores de la misma institución y sin diagnóstico de enfermedad. Para ser candidato a contestar los cuestionarios, se les pidió pensar que si ellos evaluaban sus actividades como estresantes, los respondieran.

Cabe señalar que esta muestra se estudió como grupo comparativo al de los pacientes, estableciéndose criterios de igualación de condiciones: tanto de edad¹, sexo y nivel socioeconómico.

5.8.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se obtuvo el consentimiento verbal informado por parte de todos los participantes, explicándoles el objetivo del estudio, su importancia y la devolución de los resultados en la Dirección General del Hospital, accesible a todas las personas que quisieran consultarlos. Se destacó así mismo, que los

¹ Véase la sección de prueba t para variables sociodemográficas en lo que respecta a las diferencias de edad en estos grupos.

instrumentos eran completamente anónimos y que la información obtenida era confidencial, sólo con fines de investigación.

5.9 INSTRUMENTOS.

Para poner a prueba las hipótesis, se aplicaron las versiones revalidadas de dos instrumentos: el SWS Survey de Gutiérrez y Ostermann (1994) y el cuestionario de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman (1988).

Después de obtener la validez de constructo y el coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, el instrumento de estilos de enfrentamiento quedó constituido en su forma final por 20 reactivos de los 66 propuestos por los autores y el de estresores por 35, de un total de 75 originales de su sección de estresores. La razón de llevar a cabo la revalidación y reconfiabilización fue porque, en el caso del instrumento de Lazarus y Folkman (1988), fue desarrollado en otra cultura y era necesario validarlo para adultos en la Ciudad de México. En el caso del cuestionario de Gutiérrez y Ostermann (1994) fue porque era demasiado largo para aplicarlo a los pacientes internados en la unidad coronaria con estado de salud grave y se tuvo la intención de reducir el número de reactivos a una cantidad más pequeña. En los anexos 1 y 2 se presenta el análisis psicométrico de cada instrumento.

Se administró además una escala para determinar el nivel socioeconómico (AMAI, 2002) y se registró una historia clínica, la cual proporcionó información sobre los factores de riesgo coronario asociados a la cardiopatía isquémica en el caso de los pacientes (obtenido de su expediente médico) y en el caso de los no-pacientes, obtenido de preguntas respondidas a criterio de ellos.

5.10 PROCEDIMIENTO:

Para aplicar los instrumentos a cada grupo de estudio, se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Pemex Picacho: Director General y Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC).

Una vez hecho lo anterior, se visitó el servicio de la Unidad Coronaria y se procedió a la aplicación de los cuestionarios, notificando a los pacientes la importancia del estudio y la Institución (UNAM) que avalaba al mismo. De este modo, los instrumentos fueron contestados verbalmente por los internos, mientras la investigadora anotaba las respuestas que obtenía, en virtud de su condición delicada de salud y por encontrarse entubados y conectados a diversos aparatos de registro. En el caso de los no pacientes, se les explicó también el objetivo de la investigación, contestándolos ellos mismos. Cabe señalar que muchos cuestionarios se perdieron porque los participantes (pacientes, no-pacientes) en ocasiones se negaron a contestarlos, los dejaban incompletos o no los devolvieron.

RESULTADOS.

Como parte de los resultados, se realizaron análisis de frecuencias a las variables en estudio, obteniendo en primer lugar la información concerniente a los factores de riesgo coronario, estresores y estilos de enfrentamiento:

Factores de riesgo pacientes:

En lo que respecta a la información obtenida sobre los factores de riesgo coronario, se tiene:

De un total de 51, el 30.4% tenían infarto agudo del miocardio, el 34.8% angina de pecho estable y el 30.4% fueron diagnosticados con angina de pecho inestable (en cualquier momento este padecimiento podía evolucionar hacia un infarto) y el 4.3% tenían angina postinfarto (dolor precordial después de un episodio de infarto). De esta proporción, se obtuvo la siguiente información en cuanto a la detección de factores de riesgo:

Cuadro 18:

Pacientes con diagnóstico de infarto:

FR	Hipercolesterolemia	DM	Tabaquismo	Hipertensión	Obesidad	Sedentarismo	Herencia	Postmenopausia*
sí	56.3%	62.5%	31.3%	37.5%	31.3%	50.0%	25.0%	25.0%
no	43.8%	37.5%	68.8%	62.5%	68.8%	50.0%	75.0%	75.0%**

FR= Factor de riesgo

DM=Diabetes Mellitus

*Sólo mujeres.

**En estos porcentajes, una proporción de la muestra fueron hombres y la otra, mujeres jóvenes que no presentaron este síntoma.

Cuadro 19:

Pacientes con diagnóstico de angina de pecho estable:

FR	Hipercolesterolemia	DM	Tabaquismo	Hipertensión	Obesidad	Sedentarismo	Herencia	Postmenopausia
sí	57.9%	47.4%	15.8%	63.2%	10.5%	42.1%	42.1%	47.4%
no	42.1%	52.6%	84.2%	36.8%	89.5%	57.9%	57.9%	52.6%**

FR= Factor de riesgo

DM=Diabetes Mellitus

*Sólo mujeres.

**En estos porcentajes, una proporción de la muestra fueron hombres y la otra, mujeres jóvenes que no presentaron este síntoma.

Cuadro 20:

Pacientes con diagnóstico de angina de pecho inestable:

FR	Hipercolesterolemia	DM	Tabaquismo	Hipertensión	Obesidad	Sedentarismo	Herencia	Postmenopausia
sí	53.3%	46.7%	13.3%	73.3%	40.0%	46.7%	20.0%	60.0%
no	46.7%	53.3%	86.7%	26.7%	60.0%	53.3%	80.0%	40.0%**

FR= Factor de riesgo

DM=Diabetes Mellitus

*Sólo mujeres. **En estos porcentajes, una proporción de la muestra fueron hombres y la otra, mujeres jóvenes que no presentaron este síntoma.

Nota: La angina de pecho se compone de angina estable y angina inestable.

Factores de riesgo no-pacientes:

Cuadro 21:

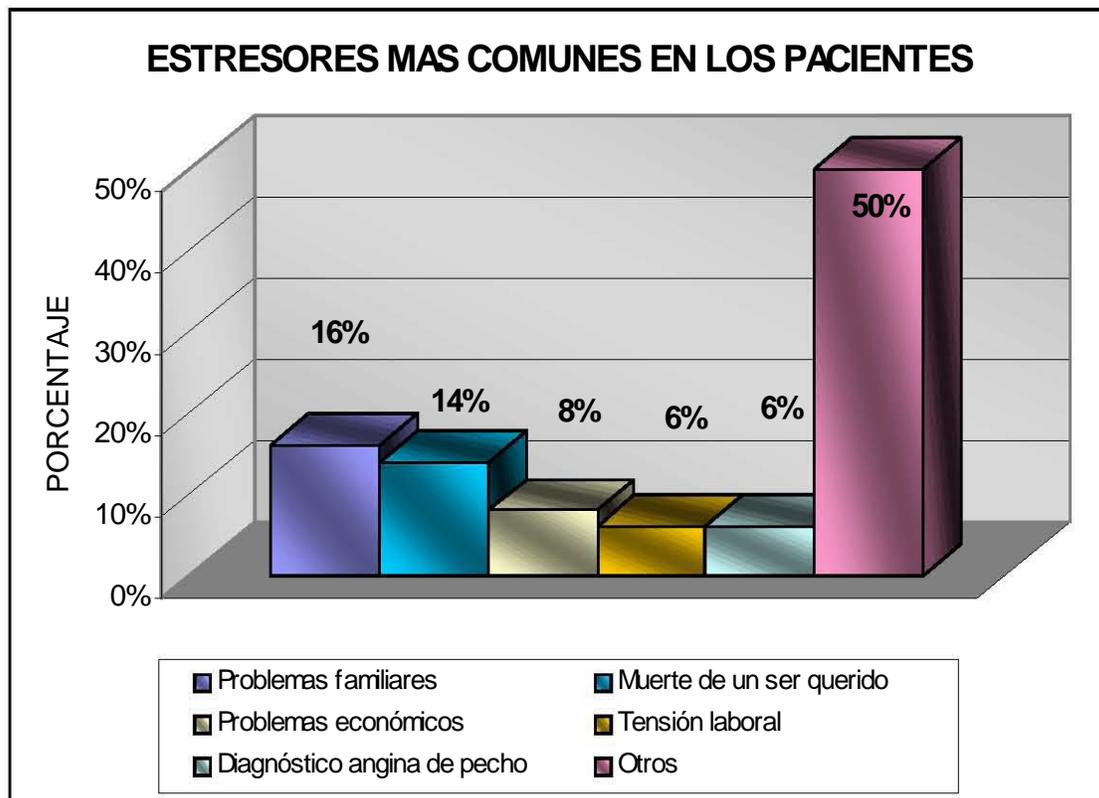
Grupo de no pacientes:

FR	Hipercolesterolemia	DM	Tabaquismo	Hipertensión	Sedentarismo	Herencia	Postmenopausia
sí	7.8%	5.9%	15.7%	17.6%	49.0%	25.5%	0%
no	92.2%	94.1%	84.3%	82.4%	51.0%	74.5%	0%

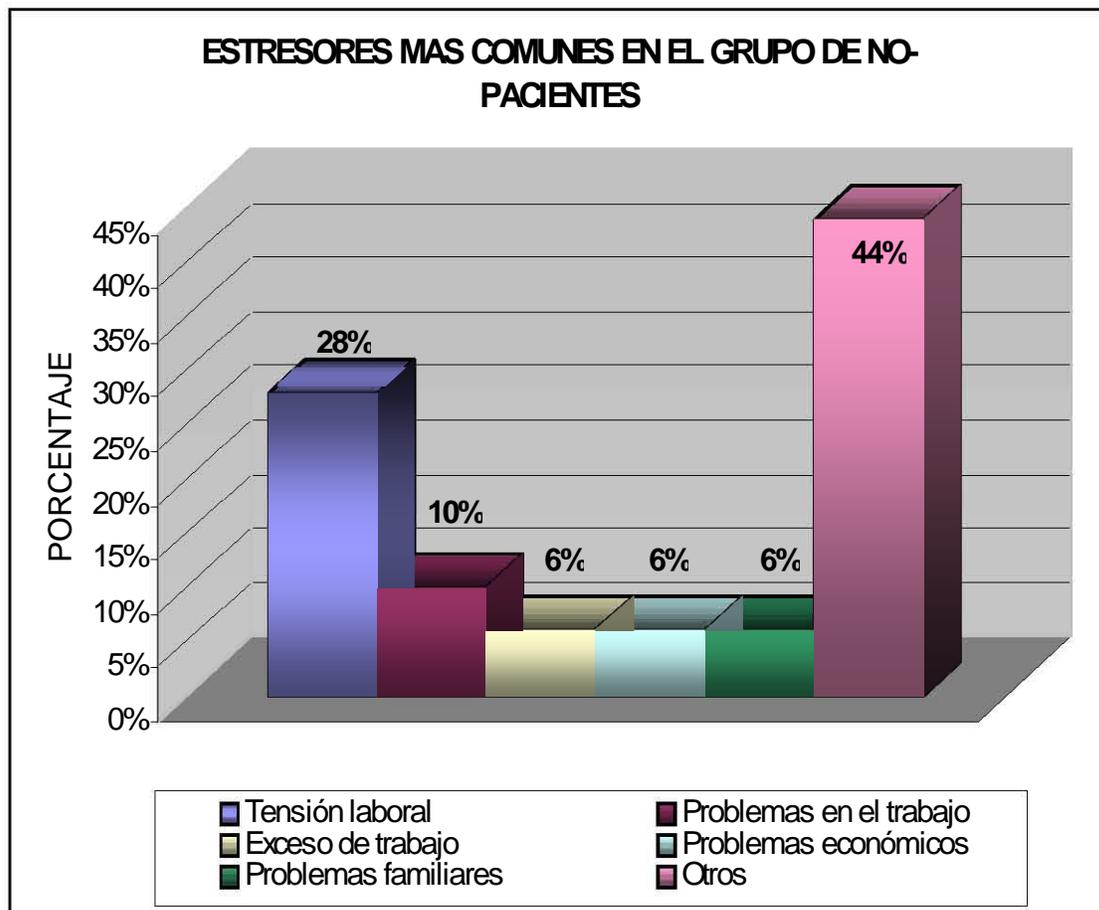
Estresores pacientes:

En cuanto al estresor que en el cuestionario describieron los participantes como respuesta abierta a una pregunta, se exponen los cinco más comunes por grupo de estudio:

Gráfica 5:



Gráfica 6:



Claramente se observa que para el grupo de pacientes la preponderancia del estresor radica en los problemas familiares, seguidos de los económicos y la presencia de enfermedades; el área laboral, aparece en último lugar en esa gradación. De manera casi opuesta, para el grupo de no pacientes, el estresor potencial es básicamente laboral, seguido de los conflictos económicos y familiares. Los datos resultan razonables, porque las personas declaran como fuente de mayor tensión aquella que está estrechamente vinculada con su quehacer principal.

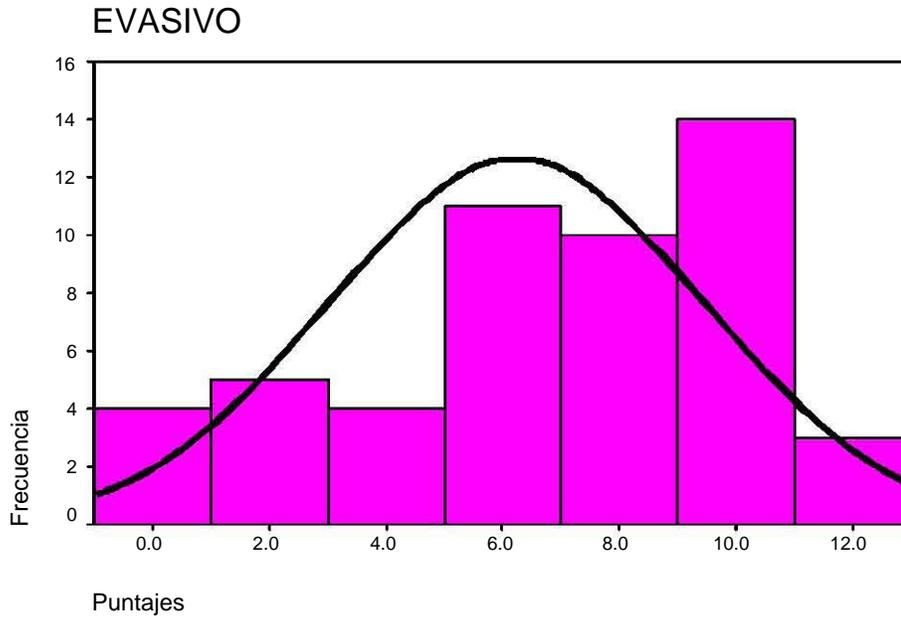
Continuando con los resultados, un dato adicional que se reporta, son los sentimientos asociados a las experiencias estresantes de los pacientes y aunque no fue el objetivo de la presente investigación, se decidió analizarlos para conocer de manera general su asociación con dichos eventos y la concordancia que pudieran tener con otros estudios. De este modo, se observó que para los problemas familiares, los pacientes sintieron enojo, impotencia y preocupación; en la pérdida de seres queridos, los pacientes sintieron depresión y soledad y tristeza; y como lo sostiene Lazarus (1991) la depresión es una mezcla de tristeza, soledad, desesperanza, culpa y vergüenza y a menudo ocurre en asociación con algún tipo de pérdida.

En los conflictos económicos, manifestaron preocupación, y en el diagnóstico de angina de pecho, temor, preocupación y angustia. Cabe señalar que no todos ellos expresaron tales sentimientos, en su mayoría los reprimieron, los evadieron o los negaron. Simplemente actuaron como mejor consideraron. Así, emociones específicas como el enojo, la ansiedad y la depresión han surgido como un factor de riesgo potencialmente importante para la enfermedad cardiovascular (Goldstein, Niaura, 1992; Sesso, Karachi, Volkonas y Sparrow, 1998). En las entrevistas, además se observó que los pacientes manifestaban de manera generalizada rasgos de conducta tipo "A": urgencia en el tiempo, perfeccionismo, exceso de responsabilidad, y a esto se le sumó una sensación de agotamiento, lo que provocaba desorden en sus vidas, en sus hábitos de alimentación y desorden emocional. La conducta tipo "A" (propensión de enfermedad coronaria) es conocida como factor de riesgo que tiene como fundamento la hostilidad. Los individuos hostiles pueden tener perfiles psicosociales que los hacen más vulnerables a las enfermedades como lo mencionan Everson, Kauhanen, Kaplan, Goldberg, Julkunen, Tuomilehto y Salonen (1997). Los pocos pacientes que fueron diagnosticados de reinfarto, (hasta tres veces reingresaron a la unidad coronaria del hospital), manifestaron conflictos familiares o discusiones

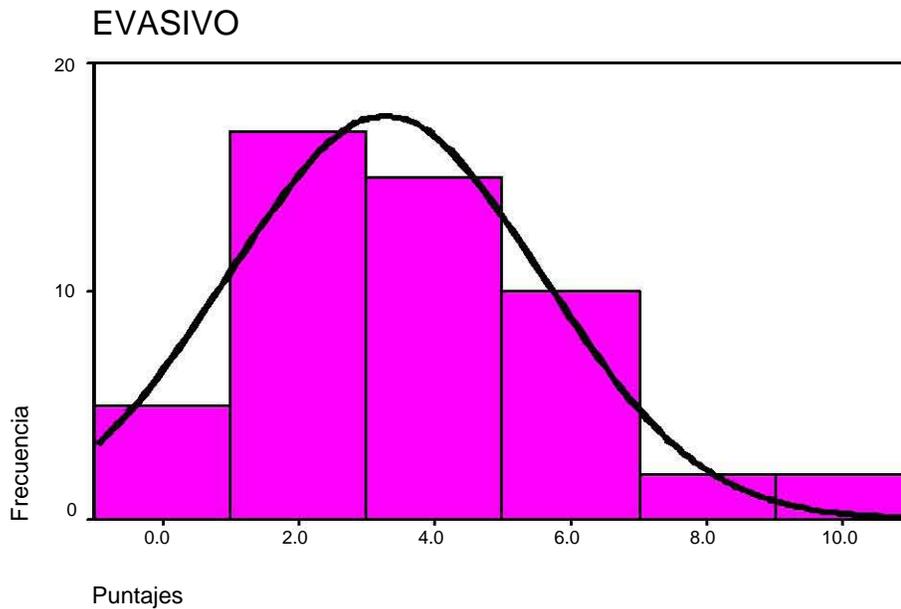
con los amigos, como principal causa de estrés, pero que anteriormente habían reprimido ya conflictos similares.

COMPARACION FRECUENCIAS ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO: PACIENTES, NO-PACIENTES.

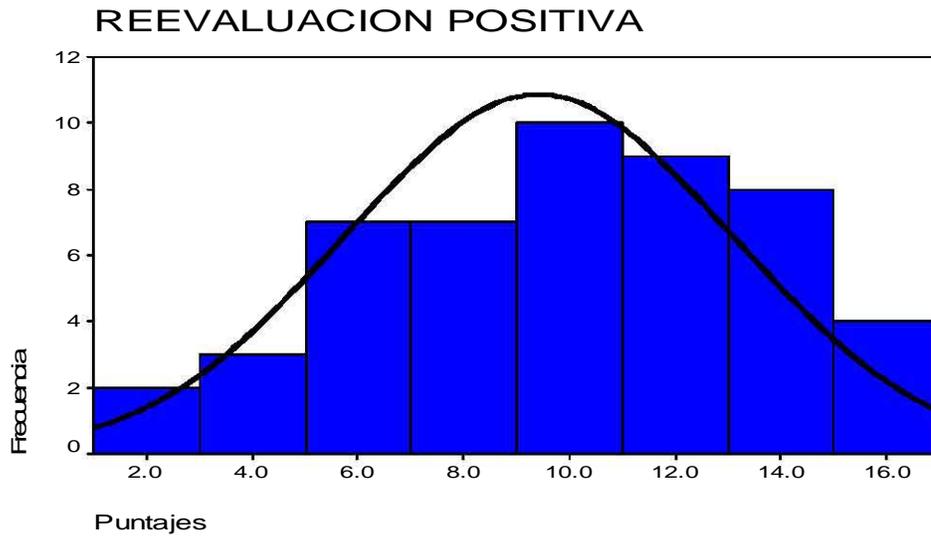
Gráfica 7, PACIENTES:



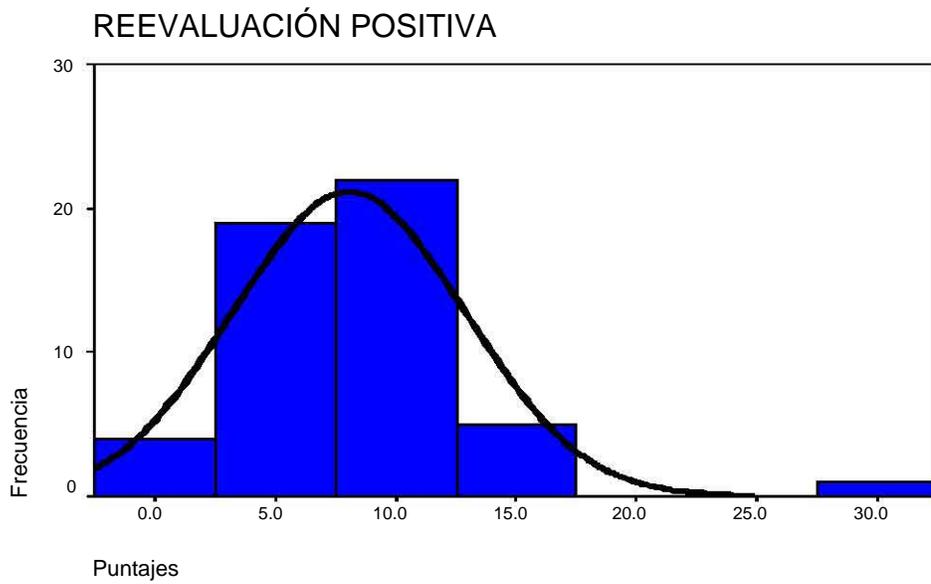
Gráfica 8, NO-PACIENTES:



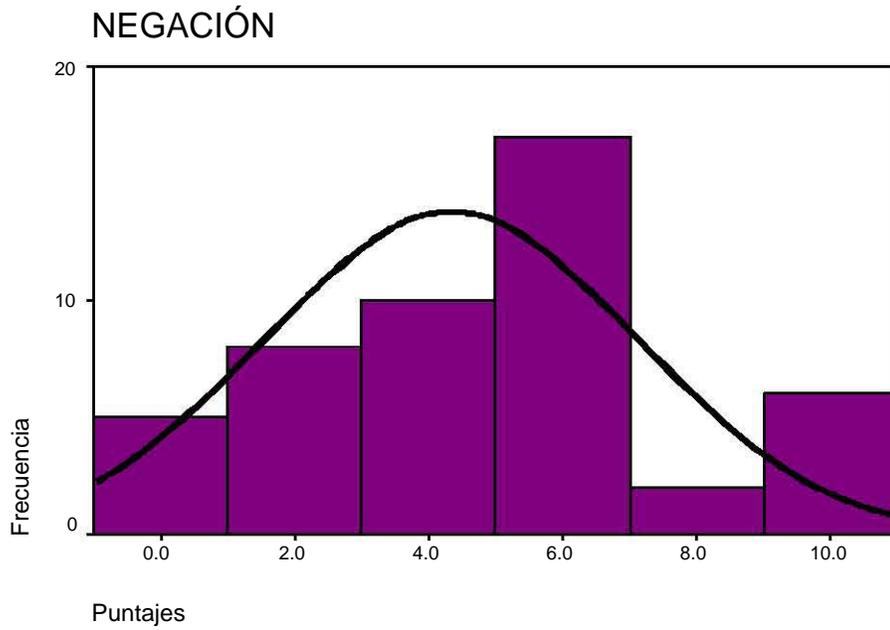
Gráfica 9, PACIENTES:



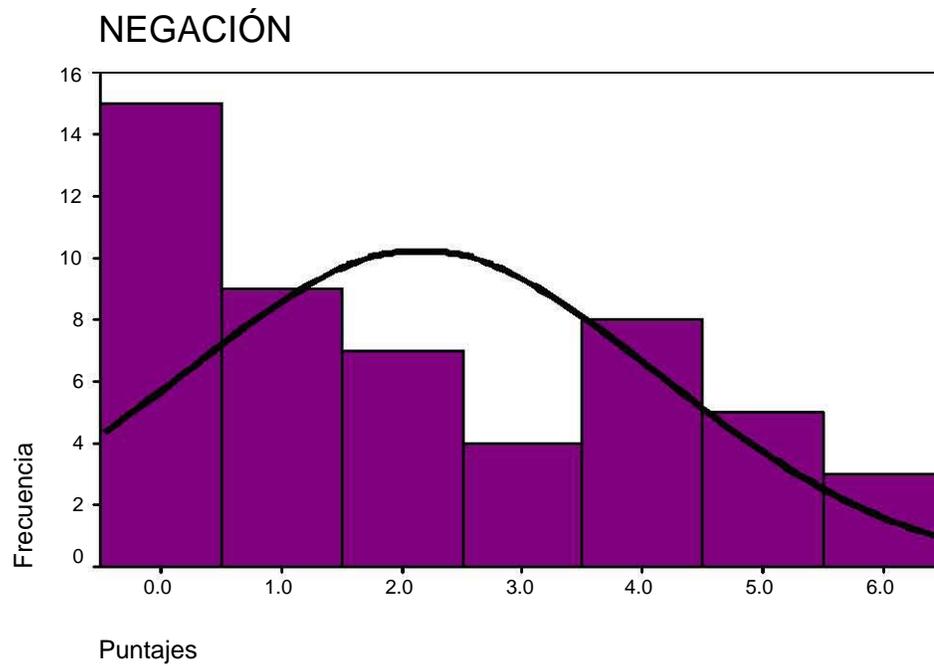
Gráfica 10, NO-PACIENTES:



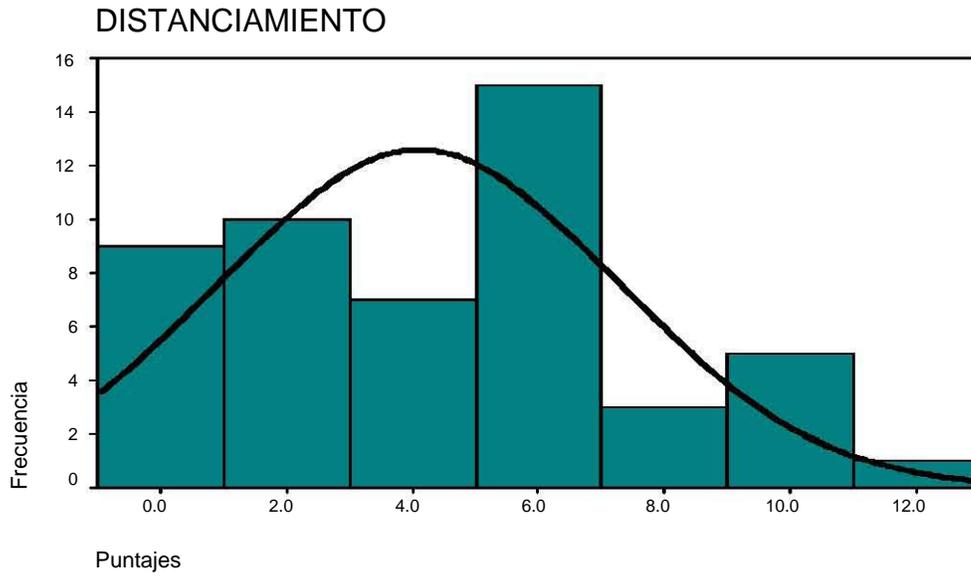
Gráfica 11, PACIENTES:



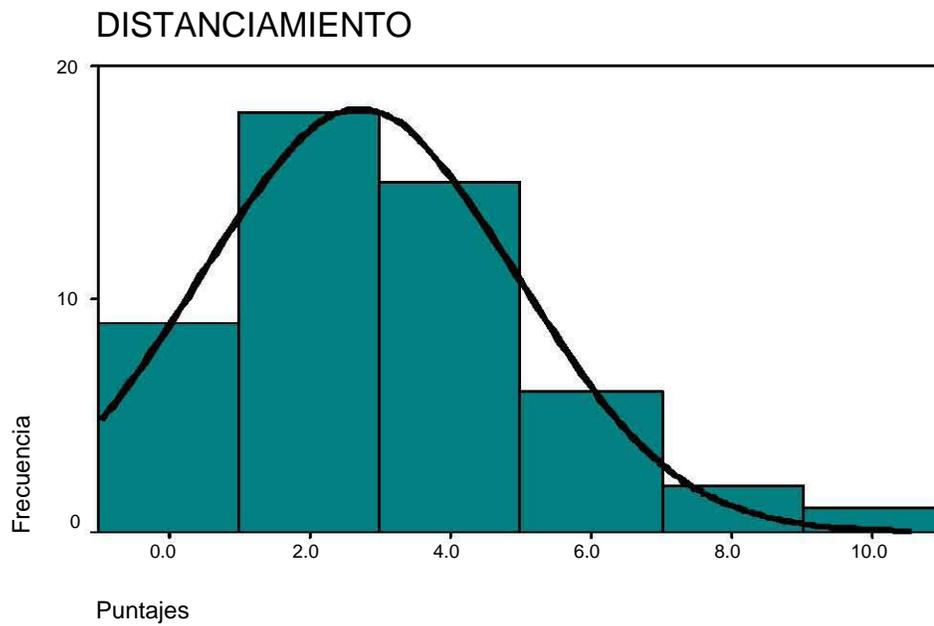
Gráfica 12, NO-PACIENTES:



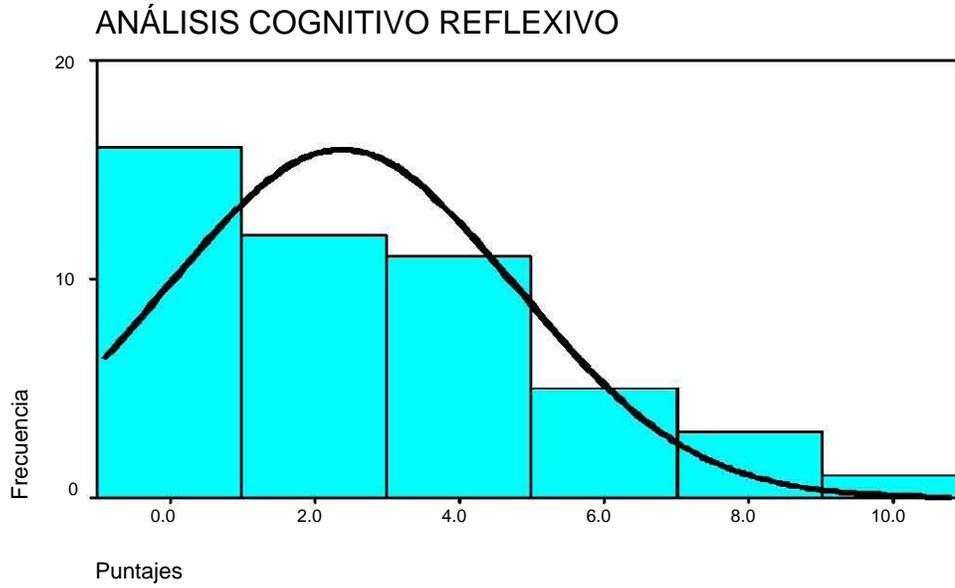
Gráfica 13, PACIENTES:



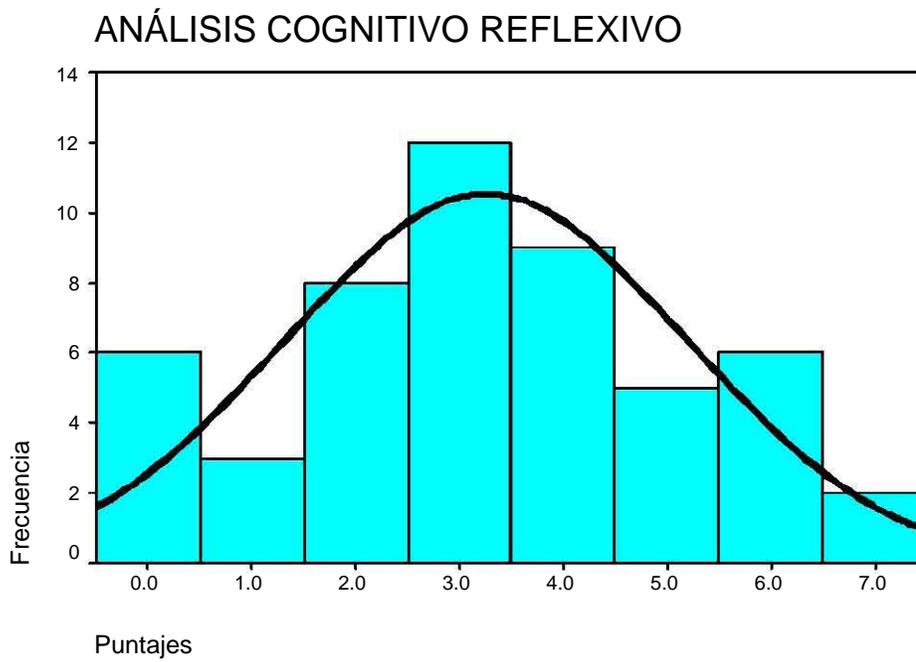
Gráfica 14, NO-PACIENTES:



Gráfica 15, PACIENTES:



Gráfica 16, NO-PACIENTES:



Se observa que los pacientes usan más los estilos de enfrentamiento evasivo, negación y distanciamiento, con una tendencia al uso de la reevaluación positiva, que quizás funcione como mecanismo de defensa para “solucionar” el problema en un momento posterior. La pregunta aquí es si realmente lo solucionan después. Así mismo, el uso del estilo análisis cognitivo-reflexivo es menor. Por el contrario, en los no pacientes se encuentra que el estilo de enfrentamiento evasivo, negación y distanciamiento son poco socorridos; el estilo de evaluación positiva tiene una tendencia a usarse poco, y el análisis cognitivo-reflexivo parece brindar mayor éxito en la solución de conflictos.

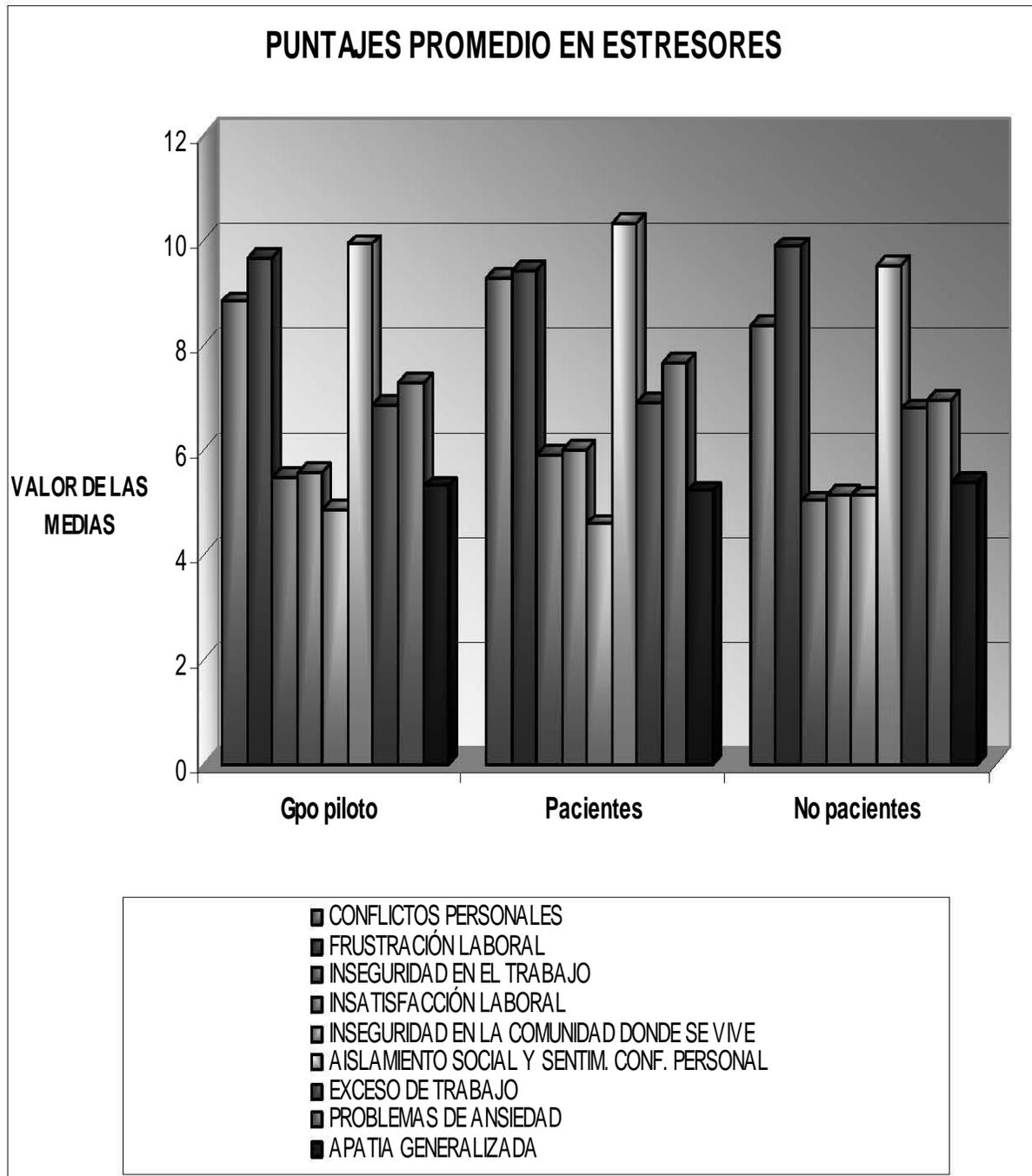
Finalmente, se reportan las respuestas de ambos grupos a cada uno de los cuestionarios (estresores y estilos de enfrentamiento), donde se observan los valores de las medias del grupo de pacientes, el grupo de no pacientes y el grupo piloto, con la finalidad de conocer cuál fue el estresor más alto y el estilo de enfrentamiento más utilizado entre los tres, para poder tener así un marco de referencia comparable.

Cuadro 22: VALORES DE LAS MEDIAS OBTENIDAS DE LOS PUNTAJES DE ESTRESORES

VARIABLE	X1	X2	X3
Estrés por conflictos personales	8.83	9.29	8.37
Estrés por frustración laboral	9.66	9.42	9.88
Estrés por inseguridad en el trabajo	5.47	5.92	5.02
Estrés por insatisfacción laboral	5.56	6.00	5.14
Estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive	4.87	4.60	5.12
Estrés por aislamiento social y sentimientos de confusión personal	9.93	10.34	9.53
Estrés por exceso de trabajo	6.84	6.90	6.78
Estrés por problemas de ansiedad	7.29	7.67	6.94
Estrés por apatía generalizada	5.31	5.22	5.39

X1= Grupo piloto, X2= Pacientes, X3= No pacientes.

Gráfica 17:



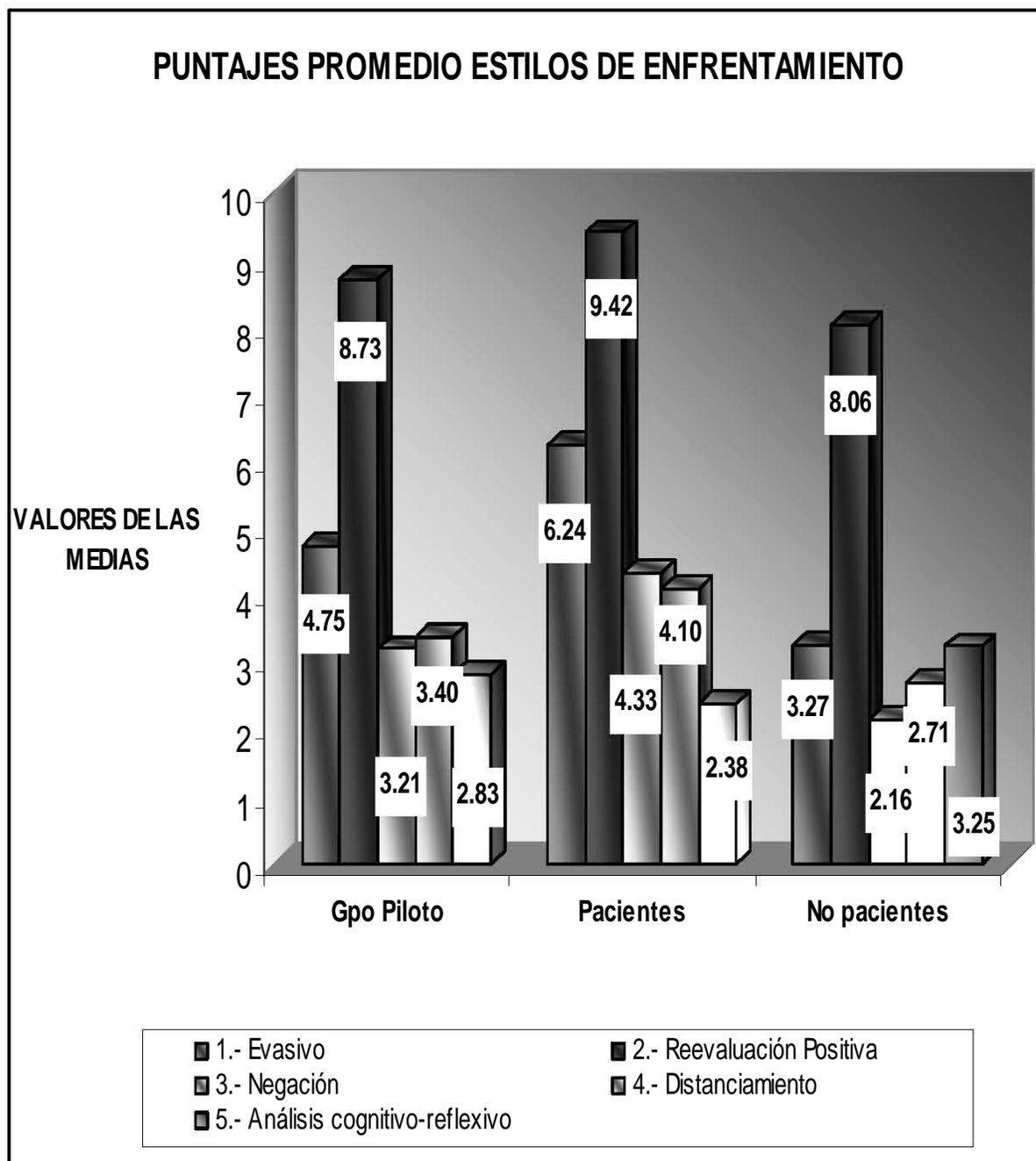
La información muestra que los pacientes en comparación con la población externa y en relación a su grupo de pares, experimentan más estrés personal, estrés por inseguridad en el trabajo, por insatisfacción laboral, estrés por exceso de trabajo, estrés por aislamiento social y por problemas de ansiedad. Los pacientes que trabajaban manifestaron como un problema fuerte la insatisfacción laboral en general, así como problemas personales y aquí se observa que estos conflictos estaban potencializado en estas personas en relación a los grupos de comparación.

Cuadro 23: VALORES DE LAS MEDIAS OBTENIDAS DE LOS PUNTAJES DE ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO

VARIABLE	X1	X2	X3
Enfrentamiento evasivo	4.75	6.24	3.27
Enfrentamiento reevaluación positiva	8.73	9.42	8.06
Enfrentamiento de negación	3.21	4.33	2.16
Enfrentamiento de distanciamiento	3.40	4.10	2.71
Enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo	2.83	2.38	3.25

X1= Grupo piloto, X2= Pacientes, X3= No pacientes.

Gráfica 18:



La información muestra que para los pacientes, mayor fue el uso del enfrentamiento evasivo, negación y distanciamiento ante los estresores que respondieron en el cuestionario y ante la pregunta abierta. (Ver procedimiento en la sección de método). El estilo de enfrentamiento de reevaluación positiva (ver significado en la sección de anexos) fue también más socorrido por dicho grupo, posiblemente como un intento de valorar la situación estresante y después actuar.

Ahora bien, para poder concebir de manera completa los siguientes análisis y pensar que las diferencias entre los grupos no se debieran a otros factores como los que a continuación se mencionan, se decidió igualarlos. De esta manera, se realizó una prueba t de Student para saber si los participantes estaban igualados por nivel socioeconómico; y se encontró que no hubo diferencias: $t=1.084$, $gl=(1,99)$; $p=.281$.

En cuando al sexo, éste se balanceó en el momento de la aplicación de los cuestionarios, teniendo un total de 29 hombres y 22 mujeres en cada grupo de comparación.

Con respecto a la edad, como era difícil igualar al grupo de pacientes con el grupo de no pacientes, en virtud de ser los primeros en su mayoría jubilados y los otros no, se realizó un ANCOVA (análisis de covarianza) de estilos de enfrentamiento y estresores en pacientes y no pacientes controlando la edad, para conocer si se producían diferencias entre los grupos debido a esta variable. Así, se tomó al sexo y al tipo de caso como variables independientes y como covariable la edad; donde se encontró que ésta no fue estadísticamente significativa, es decir, no hubo diferencias entre los grupos: ($t=1.08$, $p=.317$) en los estresores y los estilos de enfrentamiento.

Como siguiente paso y continuando con los análisis estadísticos para dar respuesta a la hipótesis de este trabajo, se llevaron a cabo:

- a) Análisis discriminante.
- b) Análisis de regresión logística.

a) ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE EL GRUPO DE PACIENTES Y NO PACIENTES.

El análisis discriminante ayuda a identificar las características que diferencian (discriminan) a dos o más grupos y a crear una función capaz de distinguir con la mayor precisión posible a los miembros de uno u otro grupo. Para llegar a conocer en qué se diferencian los grupos es necesario disponer de la información (cuantificada de una serie de variables) en la que se supone se diferencian (Pardo y Ruíz, 2000). Para el caso que nos ocupa, las variables a analizar fueron: el tipo de estresores y los estilos de enfrentamiento que utilizaban previamente las personas y con ello, conocer si se podía predecir la pertenencia a algún grupo: pacientes y no pacientes. El análisis discriminante informa sobre qué variables permiten diferenciar a los grupos y cuántas de éstas son necesarias para alcanzar la mejor clasificación posible. Esto llevó a plantear la siguiente pregunta: ¿existe una combinación de variables que predigan a qué grupo pertenecen las personas?

Así, el objetivo último del análisis discriminante es encontrar una función o combinación lineal, denominada función discriminante que mejor permite diferenciar o discriminar a los grupos. Su uso en el presente estudio es útil para distinguir a los grupos de personas con cardiopatía isquémica de los que no lo son, a partir de este tipo de resultados.

a) Como primer paso, se realizó un análisis discriminante solamente con los estresores, con el método paso por paso, para que se fueran obteniendo las mejores combinaciones posibles y suficientes para llevar a cabo la discriminación entre grupos con base en la mencionada variable.

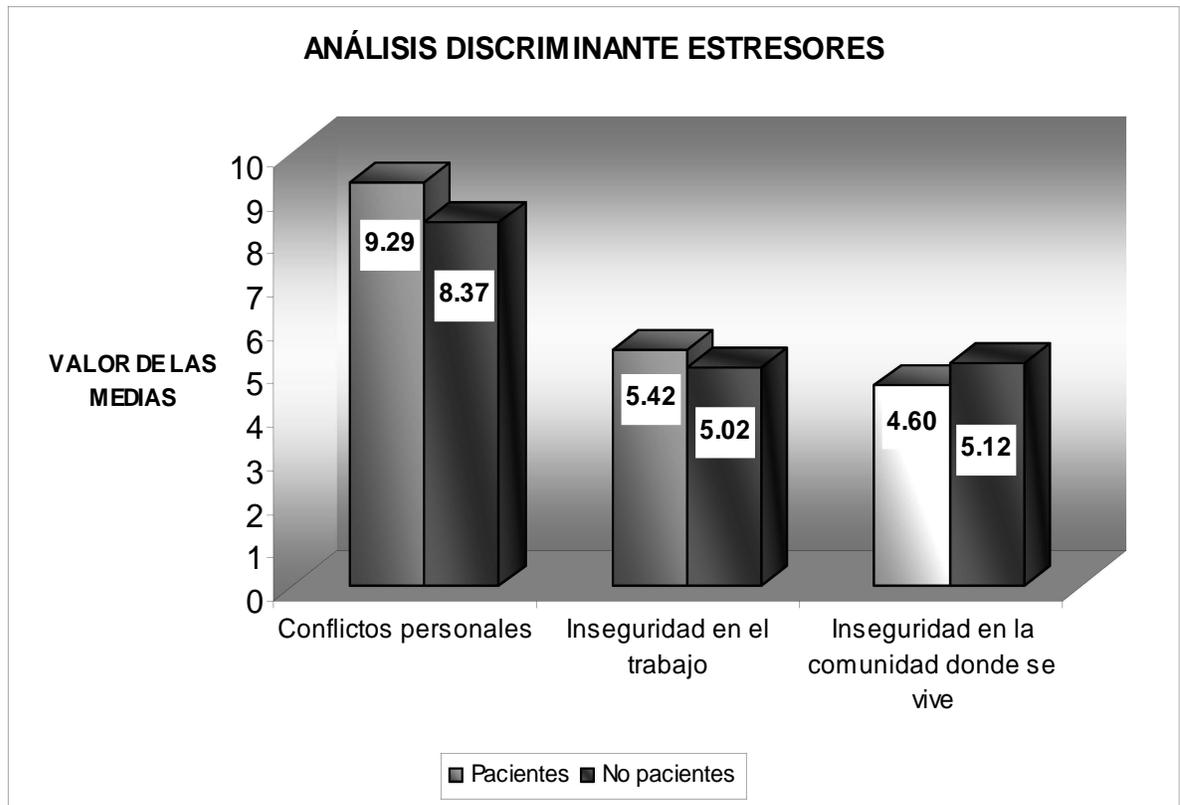
Se obtuvo una función discriminante, o sea, una combinación, con tres estresores resultantes:

- Estrés por conflictos personales.
- Estrés por inseguridad en el trabajo.
- Estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive.

como se muestra en la tabla 3:

Coefficientes estandarizados de la función canónica discriminante			
	Función	Pacientes	No pacientes
	1	X	X
Estrés por conflictos personales.	.629	9.29	8.37
Estrés por inseguridad en el trabajo.	.703	5.42	5.02
Estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive.	-.828	4.60	5.12

Gráfica 19:



Los centroides obtenidos fueron:

Tabla 4:

Centroides de los grupos	
Tipo de caso	Función
	1
Paciente	.425
No paciente	-.358

Claramente se nota que los pacientes puntúan más alto a la derecha en estos estresores que el grupo de no pacientes, quienes puntúan menos a la izquierda, por lo que presentan más este tipo de estrés.

Se obtuvo una función, con valor eigen de .155, lo que explicó el 100% de la varianza y un valor de correlación canónica de .367. El valor de Lambda de Wilks fue de .866, una chi cuadrada de 13.061, con 3 grados de libertad, estadísticamente significativos (sig=.005).

En cuanto a la clasificación de los resultados y a la predicción se obtuvo:

Tabla 5:

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS			
Tipo de caso	Pertenencia al grupo predicho		Total
	Paciente	No paciente	
Paciente	26	21	47
No paciente	11	40	51
Paciente %	55.3	44.7	100.0
No paciente %	21.6	78.4	100.0

67.3% de los casos fueron clasificados correctamente.

Esto significa que:

26 pacientes (55%) de un total de 51 respondieron como pacientes, presentando altos puntajes en los estresores, mientras que **11 no pacientes (22%), mostraron un perfil de respuesta como el de los pacientes**, por lo que se puede pensar que esta población puede estar en riesgo de enfermar.

b) Como segundo paso, se realizó otro análisis discriminante, pero ahora considerando solo los estilos de enfrentamiento, para conocer cómo discriminaban los grupos.

Se obtuvo una función discriminante, o sea, una combinación con tres estilos de enfrentamiento, a saber:

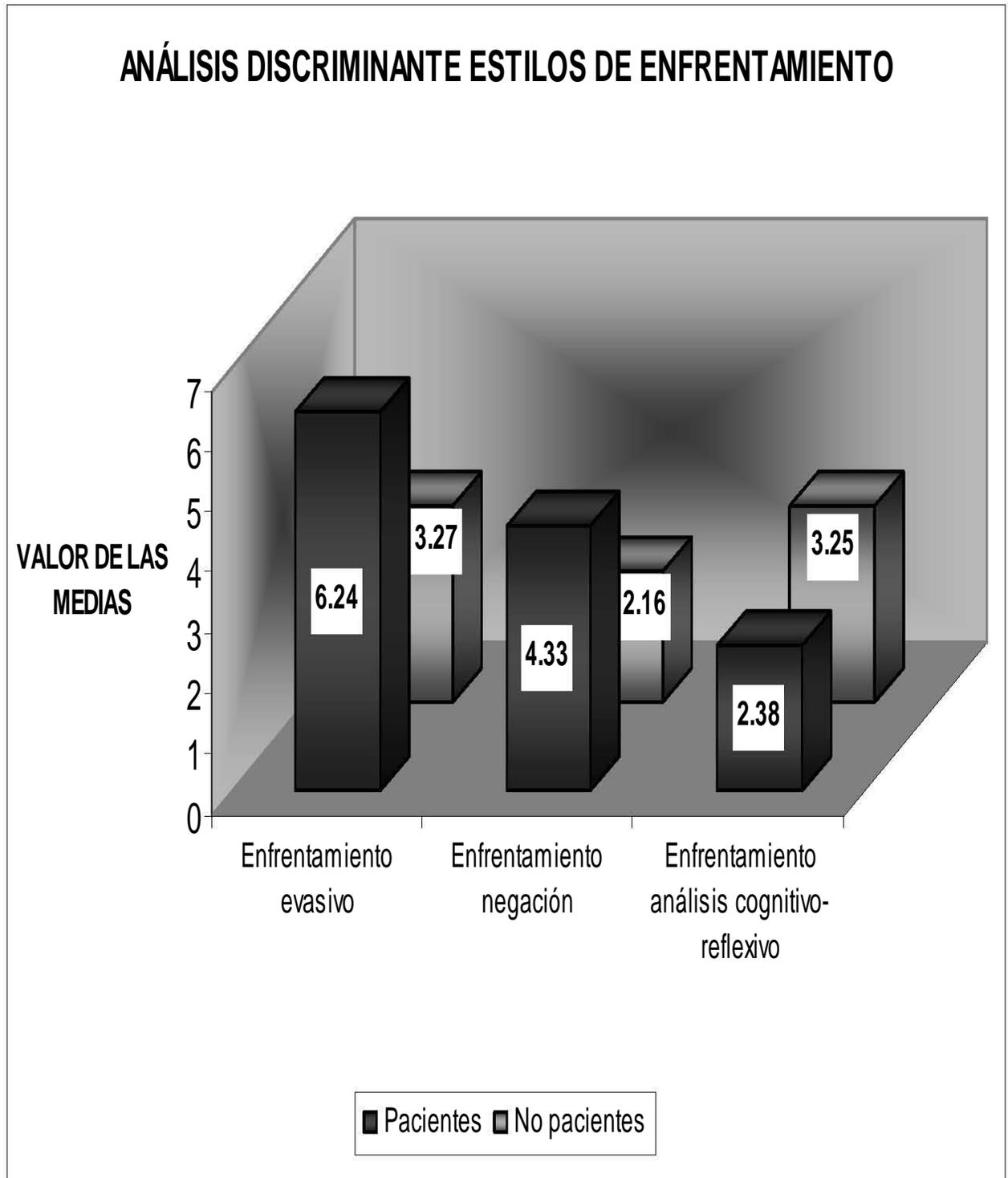
- Enfrentamiento evasivo.
- Enfrentamiento negación.
- Enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.

Tabla 6:

Coefficientes estandarizados de la función canónica discriminante

	Función	Pacientes	No pacientes
	1	X	X
Enfrentamiento evasivo.	.759	6.24	3.27
Enfrentamiento negación.	.582	4.33	2.16
Enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.	-.664	2.38	3.25

Gráfica 20:



Los centroides obtenidos fueron:

Tabla 7:

Centroides de los grupos	
Tipo de caso	Función
	1
Paciente	.873
No paciente	-.787

Es de notarse que los pacientes mostraron mayor uso de estos estilos que los no pacientes (sus puntajes se encuentran del lado derecho de la curva, mientras que en los no pacientes los puntajes se encuentran del lado izquierdo de la misma).

Se obtuvo una función, con valor eigen de .701, lo que explicó el 100% de la varianza y un valor de correlación canónica de .642. El valor de Lambda de Wilks fue de .588, una chi cuadrada de 49.692, con 3 grados de libertad, estadísticamente significativos (sig=.000).

En cuanto a la clasificación de los resultados y a la predicción, se obtuvo:

Tabla 8:

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS			
Tipo de caso	Pertenencia al grupo predicho		Total
	Paciente	No paciente	
Paciente	36	10	46
No paciente	5	46	51
Paciente %	78.3	21.7	100.0
No paciente %	9.8	90.2	100.0

84.5% de los casos fueron clasificados correctamente.

De donde:

36 pacientes (78%) de un total de 51 respondieron como pacientes, presentando puntajes altos en los estresores, mientras que **5 personas del grupo de no pacientes (10%) mostraron un perfil de respuesta que dieron los pacientes ante los estilos de enfrentamiento**, por lo que es posible que esta proporción de personas se encuentren en riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica.

Se puede observar que tanto los estresores como los estilos de enfrentamiento fueron significativos en estos análisis.

Se recordará que las respuestas dadas en el instrumento de estilos de enfrentamiento se dieron con base en los estresores reportados por las personas, se procedió a realizar ahora un análisis de discriminantes, pero esta vez incluyendo a todas las variables, esto es, a todos estilos y estresores juntos, con la finalidad de mejorar la predicción. Se observó que los estresores no fueron significativos y sólo tres estilos de enfrentamiento sí lo fueron como se reporta a continuación:

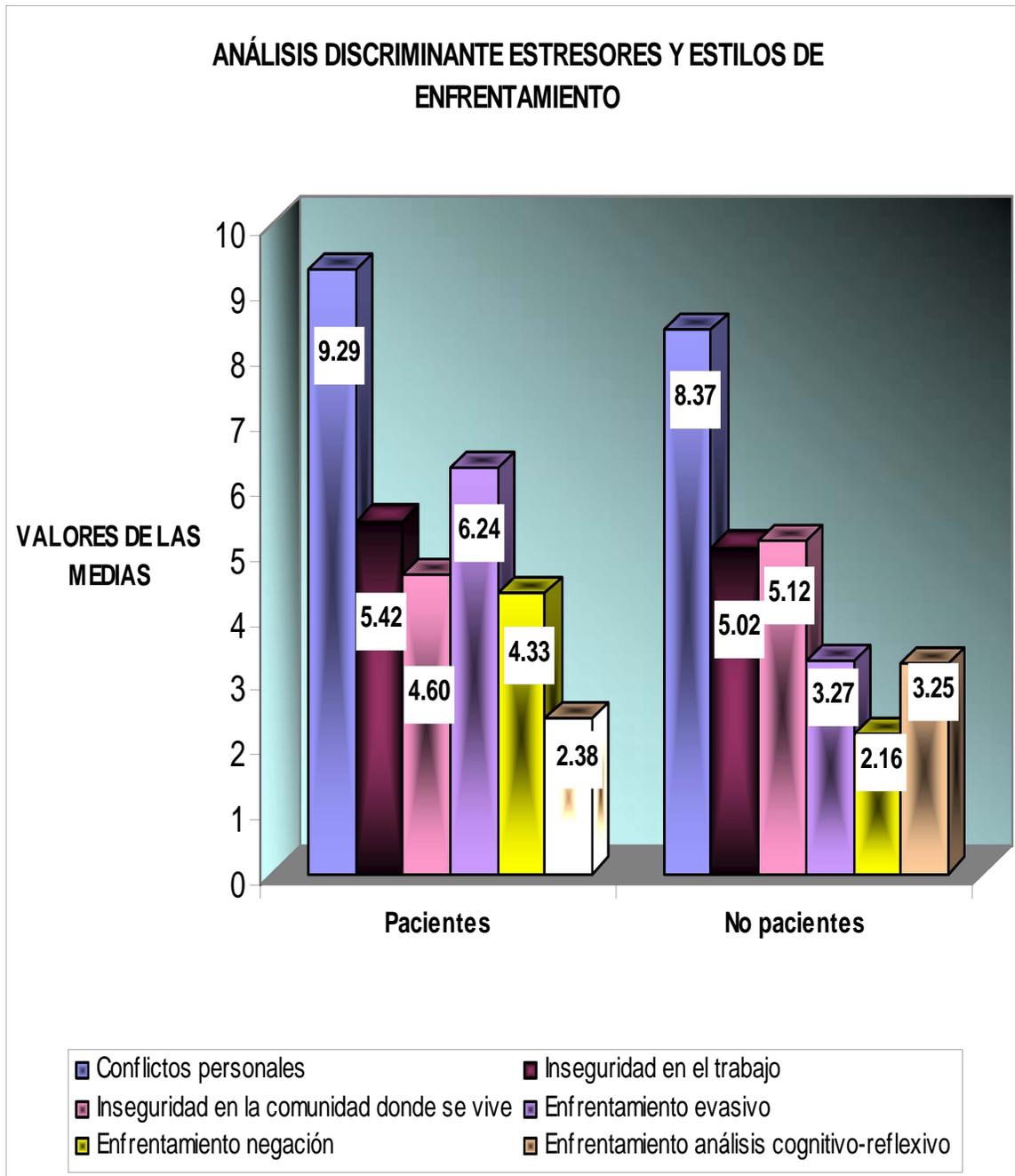
Coefficientes estandarizados de la función canónica discriminante:

Tabla 9:

	Función
	1
Enfrentamiento evasivo	.759
Enfrentamiento negación	.585
Enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo	-.692

Se obtuvo una función discriminante que agrupó a tres estilos de enfrentamiento, con valor eigen de .757, lo que explicó el 100% de la varianza y un valor de correlación canónica de .656. El valor de Lambda de Wilks fue de .569, una chi cuadrada de 49.875, con 3 grados de libertad, estadísticamente significativos (sig=.000).

Gráfica 21:



Funciones en grupos de centroides:

Tabla 10:

Tipo de caso	Función
	1
Paciente	.960
No paciente	-.772

En cuanto a la clasificación de resultados, se observa:

Tabla 11:

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS			
Tipo de caso	Pertenencia al grupo predicho		Total
	Paciente	No paciente	
Paciente	35	11	46
No paciente	5	46	51
Paciente %	76.1	23.9	100.0
No paciente %	9.8	90.2	100.0

83.5% de los casos fueron clasificados correctamente.

Se tiene que:

35 (76.1%) pacientes respondieron como tales, con puntajes altos en los estilos de enfrentamiento, mientras que 5 (9.8%) individuos del grupo de los no pacientes mostraron perfiles de respuesta como el que dieron los pacientes, lo que hace reflexionar en la posibilidad de que este grupo pueda desarrollar la enfermedad.

Como siguiente paso, para seguir poniendo a prueba la segunda hipótesis y con la finalidad de poder conocer qué tantas veces se modificaba la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo (pacientes) con base en los estilos de enfrentamiento, se realizó un análisis de regresión logística:

b) ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA CON ESTRESORES Y ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO.

El objetivo primordial de la regresión logística es determinar cómo influye en la probabilidad de aparición de un suceso, por lo general dicotómico, la presencia o no de diversos factores y el valor de ellos. Su metodología se centra en que la variable respuesta sólo presenta dos valores (dicotómicos) tales como presencia o ausencia de enfermedad, como sucede en esta investigación.

La información obtenida mostró lo siguiente para el caso de los estresores:

Clasificación por tipo de caso:

OBSERVADO:	PREDICHO		PORCENTAJE
	0	1	
0	43	8	84.31%
1	14	29	67.44%

Total: 76.60%

Grupo 1= pacientes
Grupo 0= no pacientes

Lo anterior significa que:

8 no pacientes dieron perfiles de respuesta de pacientes y desde este punto de vista, es importante tomar en cuenta esta situación en materia de medicina preventiva.

A continuación, se muestran los coeficientes de regresión, los niveles de significancia y el exponente de beta de los estresores:

ESTRESORES:

Tabla 12:

VARIABLE	SIGNIFICANCIA	R	Exponente B
Estrés por conflictos personales.	.040	.13	1.23
Estrés por frustración laboral.	.015	-.17	.76
Estrés por inseguridad en el trabajo.	.24	.000	1.17
Estrés por insatisfacción laboral.	.16	.004	1.20
Estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive.	.040	-.13	.72
Estrés por aislamiento social y sentimientos de confusión personal.	.27	.000	1.11
Estrés por exceso de trabajo.	.85	.000	1.02
Estrés por problemas de ansiedad.	.12	.056	1.21
Estrés por un sentido de apatía generalizado.	.35	.000	.89

En esta tabla se observa que sólo dos estresores fueron significativos: el estrés por conflictos personales y el estrés por frustración laboral.

En cuanto al primer estresor, se puede decir que hay más estrés por conflictos personales en los pacientes, en donde es 23% más probable tener este estresor que los no pacientes. Así mismo, hay mayor estrés por frustración laboral en los no pacientes que en los pacientes, lo que indica que es .76% más probable que un no paciente tenga este tipo de estrés que un paciente.

Para el caso de los estilos de enfrentamiento se tiene:

Clasificación por tipo de caso:

OBSERVADO:	PREDICHO		PORCENTAJE
	0	1	
0	45	6	88.24%
1	8	38	82.61%

Total: 85.57%

Grupo 1= pacientes
 Grupo 0= no pacientes

Lo anterior significa que:

6 no pacientes dieron perfiles de respuesta de pacientes y también es importante tomar en cuenta esta situación en materia de medicina preventiva.

A continuación, se muestran los coeficientes de regresión, los niveles de significancia y el exponente de beta de los estilos de enfrentamiento:

ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO:

Tabla 13:

VARIABLE	SIGNIFICANCIA	R	Exponente B
Enfrentamiento evasivo.	.000	.31	1.59
Enfrentamiento evaluación positiva.	.32	.000	1.06
Enfrentamiento de negación.	.002	.24	1.56
Enfrentamiento distanciamiento	.54	.000	.92
Enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.	.000	-.28	.54

En los estilos de enfrentamiento se encuentra mayor enfrentamiento evasivo en los pacientes que en los no pacientes, lo cual indica que es 59% más probable que los pacientes sean evasivos que los no pacientes. Se encuentra mayor enfrentamiento negativo en los pacientes que en los no pacientes, lo que muestra que es 56% más probable que los pacientes nieguen a que los no pacientes lo hagan. Además el uso del enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo también resulta ser significativo e indica que los pacientes tienden a recurrir más a él que los no pacientes, en una proporción de .54% de probabilidad.

Para el caso de todas las variables juntas, esto es, estilos de enfrentamiento y estresores juntos, se tiene:

Clasificación por tipo de caso:

OBSERVADO:	PREDICHO		PORCENTAJE
	0	1	
0	46	5	90.20%
1	7	34	82.93%

Total: 86.96%

Grupo 1= pacientes
Grupo 0= no pacientes

Lo anterior significa que:

5 no pacientes dieron perfiles de respuesta de pacientes y también es importante considerar esta situación hablando de medicina preventiva.

A continuación, se muestran los coeficientes de regresión, los niveles de significancia y el exponente de beta de las variables en estudio (estresores y estilos de enfrentamiento):

ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y ESTRESORES JUNTOS:

Tabla 14:

VARIABLE	SIGNIFICANCIA	R	Exponente B
Estrés por conflictos personales	.056	.114	1.36
Estrés por frustración laboral	.041	-.130	.69
Estrés por inseguridad en el trabajo	.703	.000	1.09
Estrés por insatisfacción laboral	.109	.066	1.36
Estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive	.125	-.053	.70
Estrés por aislamiento social y sentimientos de confusión personal	.571	.000	1.09
Estrés por exceso de trabajo	.919	.000	.99
Estrés por problemas de ansiedad	.880	.000	.97
Estrés por sentimiento de apatía generalizado	.453	.000	.88
Enfrentamiento evasivo.	.004	.225	1.55
Enfrentamiento reevaluación positiva.	.887	.000	.99
Enfrentamiento de negación.	.003	.236	1.78
Enfrentamiento distanciamiento	.381	.000	.84
Enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.	.005	-.213	.57

Esto significa que con el análisis de todas las variables juntas, sólo los estilos de enfrentamiento fueron significativos: se encuentra mayor enfrentamiento evasivo en los pacientes que en los no pacientes, lo cual indica que es 55% más probable que los pacientes sean evasivos que los no pacientes. Así mismo, se encuentra mayor enfrentamiento negativo en los pacientes que en los no pacientes, lo que muestra que es 78% más probable que los pacientes nieguen a que los no pacientes lo hagan. Y el uso del enfrentamiento análisis cognitivo-

reflexivo también es importante e indica que los pacientes tienden a recurrir más a él que los no pacientes, en una proporción de .57% de probabilidad.

Con la finalidad de rescatar los modelos que se exponen en la teoría de este trabajo, se realizó ahora un análisis de regresión logística de interacción entre las variables y para saber si ahora combinadas una con otra se incrementaba la probabilidad de pertenencia al grupo de riesgo.

Se trabajó entonces con seis interacciones resultantes de la multiplicación de una variable por la otra:

- 1.- Estresor laboral por estresor personal.
- 2.- Estresor laboral por estilo de enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.
- 3.- Estresor laboral por enfrentamiento de escape.
- 4.- Estresor personal por estilo de enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.
- 5.- Estresor personal por estilo de enfrentamiento de escape.
- 6.- Estilo de enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo por estilo de enfrentamiento de escape.

Se encontró que solamente dos interacciones fueron significativas, como se observa en la tabla 17:

EFFECTOS DE INTERACCION ENRE ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y ESTRESORES:

Tabla 15:

VARIABLE	SIGNIFICANCIA	R	Exponente B
Estresor laboral por estilo de enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.	.000	-.286	.985
Estresor laboral por estilo de enfrentamiento de escape.	.040	.134	1.004
Estilo de enfrentamiento reflexivo por estilo de enfrentamiento de escape.	.002	.241	1.030

Estos resultados indican que, adicional a los efectos principales de estilos de enfrentamiento y estresores descritos en secciones anteriores y que muestran un claro efecto directo de estas dos variables como protectores en contra de, o como fuentes de riesgo para el desarrollo de la cardiopatía isquémica, la interacción de los estilos de enfrentamiento con los estresores añaden un porcentaje significativo de varianza explicada. De esta manera, aunque los tamaños de efecto son modestos, se puede decir que estos resultados añaden un conocimiento sobre el comportamiento de estas variables, esto es: cuando una persona tiene estresores laborales en su vida y además utiliza el estilo de enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo, tal combinación funciona como factor protector contra el desarrollo de la enfermedad. No obstante, cuando una persona experimenta estresores laborales y además utiliza el estilo de enfrentamiento de escape, tal combinación funciona como factor precipitante del cuadro clínico y lo mismo sucede cuando alguien utiliza el estilo de enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo y además utiliza el enfrentamiento de escape, está en riesgo de desarrollar la enfermedad, ya que estos dos estilos juntos impiden la actuación directa sobre el problema, provocando que el individuo se paralice.

De manera adicional y con el objeto de rescatar la estructura factorial obtenida del instrumento de estrés (estresores personal, social y laboral) de Gutiérrez y Ostermann (1994) se realizó un análisis factorial de segundo orden. Para el caso del instrumento de estilos de enfrentamiento, el objetivo fue confirmar la propuesta de Lazarus y Folkman (1985) sobre la clasificación de los estilos de enfrentamiento en dos grandes grupos: el orientado al problema y el orientado a la emoción.

ANALISIS FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN.

El método empleado fue rotación varimax con componentes principales, de donde se obtuvo:

Componente de matriz rotada

Tabla 16, ESTRESORES:

	Componente	
	1	2
Estrés por conflictos personales.	.153	.724
Estrés por frustración laboral.	.663	.401
Estrés por inseguridad en el trabajo.	.552	.355
Estrés por insatisfacción laboral.	.715	.253
Estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive.	.238	.604
Estrés por aislamiento social y sentimientos de confusión personal.	.258	.769
Estrés por exceso de trabajo.	.768	-8.45
Estrés por problemas de ansiedad.	.704	7.05
Estrés por un sentido de apatía generalizado.	-5.382	.621

Método de extracción: Análisis de componentes principales, método de rotación: varimax.

Rotación convergida en tres interacciones.

El porcentaje de varianza total explicada fue de 52.4%

Se formaron dos factores:

Factor 1:

Estrés.

- Frustración Laboral.
 - Inseguridad en el trabajo.
 - Insatisfacción Laboral.
 - Exceso de trabajo.
 - Problemas de Ansiedad (relacionados al trabajo).
- ESTRÉS LABORAL**
Alpha=.75

Factor 2:

Estrés.

- Conflictos Personales.
 - Inseguridad en la comunidad donde se vive.
 - Aislamiento social y sentim. de confusión personal.
 - Sentido de apatía generalizado.
- ESTRÉS PERSONAL**
Alpha=. 66

Por lo que respecta a los estilos de enfrentamiento se obtuvo:

Componente de matriz rotada

Tabla 17, ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO:

	Componente	
	1	2
Enfrentamiento evasivo.	.760	.216
Enfrentamiento evaluación positiva.	.273	.670
Enfrentamiento negación.	.732	.195
Enfrentamiento distanciamiento.	.849	-1.06
Enfrentamiento análisis cognitivo-reflexivo.	5.027	.855

Método de extracción: Análisis de componentes principales, método de rotación: varimax.

Rotación convergida en tres iteraciones.

El porcentaje de la varianza total explicada fue de: 63.5%

Se observaron dos componentes o dos factores resultantes, de los cuales:

Factor1:

Enfrentamiento:

- Evasivo
- Negación
- Distanciamiento

} **ENFRENTAMIENTO ESCAPE-EVITACIÓN.**
 Alpha= .71

Factor2:

Enfrentamiento:

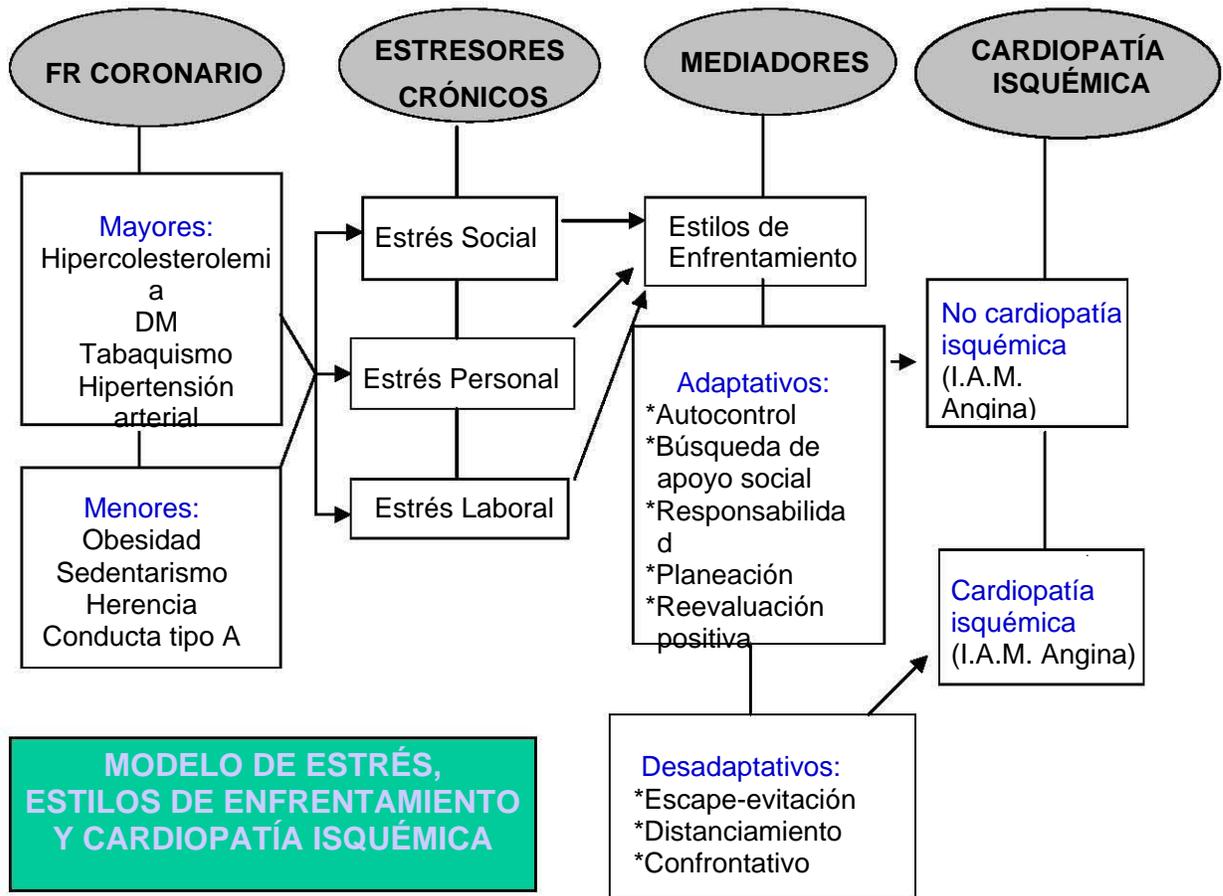
- Análisis Cognitivo-Reflexivo.
- Evaluación Positiva.

} **ENFRENTAMIENTO REFLEXIVO-EVALUATIVO**
 Alpha= .31

Como se observa, el análisis arrojó dos factores: el primero (escape-evitación) orientado a la emoción y el segundo (reflexivo-evaluativo) orientado al problema, por lo que sí se conserva la estructura factorial de la propuesta de Lazarus y Folkman (1985).

Por último, de acuerdo a la teoría revisada, se proponía en la presente investigación el siguiente modelo heurístico:

Modelo 1: MODELO HEURÍSTICO DE ESTRÉS, ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:



*Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles
factores asociados a la cardiopatía isquémica.
Larizza Zavala Yoe.*

Se sugiere, en investigaciones futuras, poner a prueba este modelo para poder proporcionar explicaciones más completas y detalladas en lo que a estresores, estilos de enfrentamiento y cardiopatía isquémica compete.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Partiendo de la premisa de que el individuo es un ser integral, es necesario subrayar la importancia del papel que juega la medicina conductual como disciplina médico-psicológica en los modelos de salud-enfermedad.

Desde hace mucho tiempo, las teorías psicodinámicas se han utilizado para explicar las enfermedades físicas como manifestación de los fenómenos psicosomáticos. Las viejas posturas descansaban en la indiscutible base dicotómica psique versus soma, enlazadas todavía a una concepción mágica y sobrenatural de las manifestaciones conductuales. De manera paulatina, este concepto se fue modificando y extendiendo hacia una comprensión holística en la acción de la mente sobre el cuerpo, incorporándose el uso del término relación psicofisiológica.

Actualmente, la denominada desde hace tiempo, medicina psicosomática, es un campo vasto y fértil de investigación, concerniente a las interrelaciones de los factores psicológicos y fisiológicos, en la explicación de las enfermedades físicas sin sustrato anatómico observable.

En la patogénesis humana existen factores de riesgo que son determinantes de la exacerbación de una enfermedad, por lo que en materia de padecimientos cardiovasculares, éstos se han clasificado en primarios y secundarios, de acuerdo al daño y prevalencia que producen en las arterias del corazón. Estos factores, aunados a elementos psicológicos como el estrés y a las condiciones específicas de vida inherentes al desarrollo socio-económico de un país, favorecen su incidencia, estudiada comúnmente en índices de morbilidad y mortalidad.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (1996) y nacionales como el INEGI (2001, 2002) y la Secretaría de Salud (2000-2006); coinciden en reportar que las causas más comunes de mortalidad general en

México se deben a las enfermedades del corazón, además consideran que éstas ocuparán en los próximos catorce años (año 2020) el primero y cuarto lugar en la lista de las causas de discapacidad de la OMS (Fuster, 1999).

Cifras tan alarmantes despiertan la curiosidad científica acerca de lo que sucede con la conducta del hombre y de la importancia que tiene el psiquismo sobre el organismo, sobre todo en situaciones clave que viven las personas.

En virtud de que el ser humano es una estructura integral y psicodinámica en constante transición y lucha con su medio ambiente, un análisis psicológico de su comportamiento podría coadyuvar a obtener respuestas más amplias sobre la información epidemiológica que se proporciona.

Por otra parte, algunas variables socioeconómicas que describen las características generales de las condiciones de un país y de su población, tales como el producto interno bruto, los índices de productividad, las inversiones extranjeras, los problemas de desempleo, la laxitud en las legislaciones sociales, determinan y moldean las formas de “vivir”. Amén de estas circunstancias, en el estado interno de las personas, juegan su papel otras variables no menos importantes: los problemas familiares y económicos, los divorcios, las pérdidas, la tensión en el trabajo, el diagnóstico de enfermedades graves; factores que implican costos altos para intentar adaptarse a nuevas situaciones.

Pareciera ser el estrés el denominador común o el responsable. ¿Por qué?

Se ha observado que el estrés es un concepto fundamental en la psicología porque pone a prueba las capacidades de enfrentamiento y sobrevivencia del individuo (Lazarus, 1993) ante acontecimientos que a su juicio, resultan intensos, significativos y recurrentes. Las personas necesitan valerse de recursos propios para poder entender una problemática específica proveniente

de su medio ambiente, evaluarla y responder a ella con mecanismos que considera que reducen la tensión o resuelven el problema.

Como el estrés y las consecuencias que trae consigo en los individuos lo hace un factor preponderante, se decidió realizar una investigación que tratara de responder a la interrogante sobre las posibles diferencias en la percepción de los estresores en las personas y su modo de enfrentarlos, lo que conlleva a la relación indiscutible entre psicología y enfermedad coronaria. La idea original de este trabajo no pudo llevarse a cabo en el sentido de conocer el momento en que las personas se estresan y si existe alguna manifestación orgánica como respuesta, por razones obvias de ética profesional. Por tanto, como fue imposible someter a pruebas empíricas este cuestionamiento, entonces se decidió hacer un análisis retrospectivo sobre el estresor que las personas habían descrito y evaluado como probable disparador psicológico de su enfermedad actual (cardiopatía isquémica).

Por lo antes expuesto, no se encontraron estudios que midieran de esta manera las variables que se han reportado, lo que se discute en este capítulo son aproximaciones o los estudios más cercanos que puedan explicar lo encontrado hasta ahora.

En ese tenor, entrando en materia y a la luz de los resultados de la presente investigación, se encontró que, ante el planteamiento general de las posibles diferencias entre el estrés y los estilos de enfrentamiento y posteriormente el desarrollo de la cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto agudo del miocardio); entre dos grupos en estudio, estos factores se debieron casi específicamente a los modos de enfrentar que tienen y conocen las personas, de acuerdo al propio significado subjetivo de la experiencia. En apoyo a estos hallazgos, Wheatley (1985) argumentó que los individuos tienen maneras características de responder a amenazas agudas de acuerdo a sus

características de personalidad, pero es sólo en aquellos que no son capaces de adaptarse al estrés crónico que las reacciones sostenidas pueden predisponer a una enfermedad subsecuente.

En el análisis sobre la importancia de los factores de riesgo coronario (desde el punto de vista presencia-ausencia) se encontró que éstos coadyuvaron al desarrollo de la cardiopatía isquémica según los reportes médicos revisados. En un análisis por grupo, fueron los pacientes con diagnóstico de infarto los que reportaron niveles más altos de diabetes mellitus que de hipercolesterolemia por ejemplo, ó incluso que de hipertensión arterial y tabaquismo. Los factores de riesgo secundarios quedaron clasificados como tales, a excepción del sedentarismo, que cobró gran importancia. Los pacientes diagnosticados con angina de pecho estable presentaron cifras también mayores: la hipertensión arterial calificó más alto en relación con la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus y la postmenopausia; seguidos de la herencia, el sedentarismo y la obesidad. Los pacientes con angina de pecho inestable mantuvieron la prevalencia de los niveles superiores sobre la hipertensión arterial, la postmenopausia, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, el sedentarismo y la obesidad; a pocos de ellos se les detectó tabaquismo positivo. Se corrobora

por tanto, que estos hallazgos coinciden en general con el reporte del Ecological Analysis of the Association Between Mortality and Major Risk Factors of Cardiovascular Disease (1994) que demuestra altas correlaciones entre los índices de mortalidad observados y esperados para los tres principales factores de riesgo en las personas: tabaquismo, colesterol e hipertensión. Aunque la diabetes no se reporta aquí, se ha comprobado que también es un factor de riesgo preponderante en el desarrollo de la cardiopatía isquémica. Los datos encontrados en esta investigación sobre hipercolesterolemia como factor de riesgo primario presente en la mayor parte de los pacientes, parecen coincidir también con los estudios de Haynal y Pasini (1980); Jousilahti, Vartiainen, Tuomilehto y Puska (1999); Julkunen, Salonen, Kaplan, Chesney y Salonen

(1994); Kennedy, Bownan y Powell (1999); Kubzansky y Karachi (2000); Taylor (1981). En lo que respecta al aumento de la presión sanguínea, los estudios de Braunwald, Zipes y Libby (2001) sostienen que la hipertensión arterial es un factor silencioso de riesgo cardiovascular. De esta manera, los elevados índices de presión sanguínea correlacionan consistentemente con el Infarto Agudo del Miocardio (IAM).

En cuanto al grupo sin diagnóstico de enfermedad, tales factores reportaron índices bajos, exceptuando el sedentarismo debido a la naturaleza del trabajo, que era básicamente estático.

Las causas de estrés que mencionó cada grupo quedaron clasificadas en un total de 21, pero sólo se reportaron las cinco más importantes. El grupo de pacientes manifestó, antes de haber enfermado: los problemas familiares, la muerte de seres queridos, los problemas económicos, la tensión laboral y el diagnóstico de angina de pecho. También se consideró importante que los pacientes explicaran el significado que tuvo cada estresor para ellos: se observó que de manera recurrente los conflictos familiares estuvieron puestos alrededor

de todo lo que les pasaba a los hijos, como problemas económicos o laborales, alcoholismo o drogadicción, accidentes automovilísticos, problemas jurídicos o dificultades con sus propios hijos, de los cuales, estos pacientes se hacían cargo. Las desavenencias familiares también quedaron traducidas en diferencias de opiniones que se tenían con los congéneres: disgustos, problemas maritales y quejas de las mujeres de abandono e infidelidad del esposo. Esta información resultó ser congruente con lo que sostuvieron Lazarus y Lazarus (2000) al decir que la familia es una parte importante en la vida de las personas, y en este sentido, las fuentes del estrés surgen en el propio núcleo y sus derivaciones. En segundo plano, la muerte de los seres queridos quedó frecuentemente descrita (aunque no reconocida) por la reminiscencia de recuerdos de muertes pasadas de los seres amados, y que en la actualidad no habían sido resueltas, pero implicaban un gran peso emocional. Por lo tanto, aquí era evidente

observar que la muerte del último ser, reactivaba todas las anteriores, hasta con cinco años o más de temporalidad. Esta situación provocaba en el presente, una reacción en cadena y en potencia, que cobraba muy caro el monto de todas esas pérdidas. De manera similar, la amenaza inminente de la muerte de familiares también quedó descrita aquí, con el desafortunado diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas: leucemia, cáncer, cardiopatías. Se comprobó que estos hallazgos resultaron ser congruentes con lo dicho por Aldwin (1994), cuando caracterizó las pérdidas como una situación significativamente estresante. Conclusiones similares fueron las de Boskis (2001) al encontrar que eventos como las muertes, son altamente estresantes por la intensidad que provocan en las personas.

Por otro lado, los problemas económicos estuvieron definidos básicamente en la pérdida de empleo, asaltos, robos, fraudes, que hacían que los pacientes

hubieran tenido que vender sus pertenencias para poder sobrevivir y buscar de nueva cuenta una estabilidad que les brindara seguridad.

La tensión laboral se caracterizó por los problemas con los compañeros, por su falta de compromiso y responsabilidad en el trabajo, falta de apoyo y preparación, que causaba molestias e incomodidades a su alrededor. Así mismo, el incumplimiento del contrato colectivo de trabajo, la falta de apoyo de los jefes inmediatos superiores y la carga excesiva de trabajo fueron los descriptores más comunes. Esto apoya lo encontrado por Taylor (1981) quien atribuyó el padecimiento de angina de pecho al estrés y a la tensión sobre trabajos duros, difíciles y preocupaciones que manifestaban las personas en sus vidas. Además, se ha investigado que las altas demandas de trabajo y el bajo poder que tienen los empleados en la toma de decisiones, caracteriza a un estrés que está visto como factor de riesgo potencial que atenta contra la salud. Este postulado predice, entre otras cosas, el disfuncionamiento psicológico, los desórdenes depresivos y las enfermedades cardiovasculares, que desembocan en el ausentismo laboral (Sauter y Murphy, 1985). Resultados análogos fueron

los de Steptoe (1983; en Sauter y Murphy, 1985) quien comprobó que el incremento en la activación fisiológica marcada por índices de presión arterial elevada y aceleración del ritmo cardiaco fueron variables que correlacionaron en personas que tuvieron que hacer esfuerzos significativos para resolver problemas específicos. Con ideas similares, Maslach, Jackson y Leiter (1986; en Schaufeli y Bakker, 2004) hipotetizaron que la presencia de demandas específicas en el ambiente laboral como sobrecarga de trabajo, conflictos personales y la ausencia de recursos específicos como el control de enfrentamiento, predecían el *burnout*, trayendo resultados negativos, como las enfermedades físicas.

Se observó además en este grupo de participantes, que ningún estresor se presentaba solo, sino que por lo regular venía acompañado de otros, pero para

efectos de esta investigación, se tomaron en cuenta sólo aquellos que los pacientes catalogaron como los más importantes. Trabajos similares fueron los que realizaron Aldwin (1994), Boskis (2001) y Davidoff (1994); quienes coinciden al reportar que eventos de vida como las pérdidas, las catástrofes naturales, los divorcios, los conflictos maritales, las enfermedades graves, la pérdida de empleo, los cambios en la situación económica, los problemas familiares, son elementos que se enlistan como potencialmente estresantes y que son evaluados en una escala que va desde severa hasta catastrófica. Lazarus y Lazarus (2000) apoyan estas investigaciones y concluyen en sus estudios que las pérdidas, en el sentido amplio de la palabra, son un factor que encabeza las listas de los estresores que reportan las personas, porque requieren una serie de ajustes importantes.

Otra cuestión relevante que se tomó en cuenta para la presente investigación, fueron los sentimientos asociados a las experiencias estresantes, y aunque no fue el objetivo de la misma, se decidió analizarlos para conocer de manera general su asociación con dichos eventos y la concordancia que pudieran tener con otros estudios. De este modo, se observó que para todos los estresores, las

emociones resultantes fueron negativas, (ansiedad, depresión, represión, negación, enojo) hallazgo que también coincidió con lo que propusieron Goldstein y Niaura (1992) y Sesso, Karachi, Volkonas y Sparrow (1998) al decir que emociones específicas como el enojo, la ansiedad y la depresión surgen como un factor de riesgo potencialmente importante para la enfermedad cardiovascular. De manera casi análoga, Carney (1998) sostuvo que existe abundante evidencia donde la depresión, la ansiedad y el enojo incrementan el riesgo cardiaco en pacientes con enfermedad coronaria; por su parte, Manuck y Krantz (1986) encontraron que episodios repetidos de enojo y ansiedad podían evocar fuerzas hemodinámicas como el estrés, las cuales podían causar

eventualmente daños al endotelio y promover el desarrollo de la aterosclerosis, especialmente cerca de las bifurcaciones de las arterias principales.

Como dato adicional, en las entrevistas se observó que los pacientes manifestaban de manera generalizada rasgos de conducta tipo "A": urgencia en el tiempo, perfeccionismo, sentido de responsabilidad exagerada, y a esto se le sumó una sensación de agotamiento, lo que provocó desorden en sus vidas, en sus hábitos de alimentación y en el plano emocional. La conducta tipo "A" (propensión de enfermedad coronaria) es conocida como factor de riesgo que tiene como fundamento la hostilidad. Los individuos hostiles pueden tener perfiles psicosociales que los hacen más vulnerables a las enfermedades (Everson, Kauhanen, Kaplan, Goldberg, Julkunen, Tuomilehto y Salonen, 1997). Los pocos pacientes que fueron diagnosticados de reinfarto, manifestaron conflictos familiares o discusiones con los amigos como principal causa de estrés. De este modo, Kubzanski y Kawachi (2000) demostraron que el estrés y la estimulación emocional pueden agravar la aterosclerosis por mecanismos relacionados al daño de la circulación arterial. El denominador común asociado a este tipo de emociones es la ansiedad excesiva, considerando además, la evidencia de que los estados de emoción aguda pueden causar la enfermedad cardiovascular.

El grupo de los no pacientes reportó la tensión laboral, los problemas en el trabajo, el exceso de trabajo, los problemas económicos y familiares. Para este grupo, la tensión laboral quedó definida en cirugías frecuentes y problemáticas en las mismas, los trabajos de parto, el reporte de pacientes graves, las urgencias en la entrega de algún trabajo o la combinación del desempeño laboral con los estudios fueron también mencionados. Los problemas en el trabajo quedaron definidos en conflictos con compañeros irresponsables, problemas de comunicación con el personal, condiciones insalubres y

desagradable ambiente físico para trabajar. El exceso de trabajo quedó descrito en demasiadas consultas por atender, lo que provocaba cansancio o agotamiento. Por último, los problemas económicos se tradujeron en búsqueda de empleo o amenazas de desempleo y los problemas familiares se enfocaron hacia conflictos con la pareja, accidentes automovilísticos de los hijos, familiares con diagnóstico de infarto agudo del miocardio, preocupación por los familiares que vivían en zonas donde recientemente habían sucedido desastres naturales, enfermedades y muertes de seres queridos. Los sentimientos asociados a estas experiencias también fueron negativos. Se encontró además con estos reportes, que las personas que conformaron este grupo, en general reconocían la gravedad de sus experiencias y tenían noticia de sus sentimientos; no los negaban ni reprimían como los pacientes, es decir, al menos se permitían expresarlos. Al respecto, Sauter y Murphy (1985) comentan que cuando una persona se queja de cargas de trabajo considerables, puede contar con los recursos propios para resolver tales demandas y hacerles frente, hecho importante en los procesos de adaptación. Aquellos individuos que son capaces de ejercer un control sobre sus experiencias, pueden tener una mejor regulación sobre los resultados que la tensión produce en ellos. Así mismo, cuando el individuo se confronta con demandas laborales demasiado altas y requieren de un esfuerzo sostenido, se adoptan estrategias de protección que están asociadas con el empleo de costos extra o reducen el ritmo normal de actividad (Schaufeli y Bakker, 2004). Lazarus y Lazarus (2000) concluyen en

investigaciones similares, que los sentimientos asociados a la sobrecarga de trabajo son el cansancio y la fatiga.

En cuanto a los estilos de enfrentamiento, se observó que en términos generales, los pacientes se orientaron a la emoción (evasión) y los no pacientes al problema (resolución). Comparativamente, se observó que los pacientes

evadieron, negaron y se distanciaron más que los no pacientes ante los estresores. Solamente el enfrentamiento de reevaluación positiva fue utilizado por los cardiopatas en menor medida, posiblemente para analizar mejor el problema y solucionarlo después. El uso de un estilo de enfrentamiento adaptativo (aunque fuera poco frecuente) por parte de los pacientes resultó ser alentador en materia de que no todo era negativo en sus vidas.

Wells y Mathews (1994) declararon en sus investigaciones que los pacientes con enfermedades cardiacas se caracterizaban más por el uso de un estilo de enfrentamiento represivo y de negación ante la propia enfermedad. Esta aproximación de la literatura es la más cercana con el presente trabajo, porque no se encontraron estudios que hicieran mención del estrés que precipitó el desarrollo de la enfermedad coronaria y sus estilos de enfrentamiento, sino que las investigaciones más bien se han enfocado al uso de los estilos de enfrentamiento que tienen los pacientes ante la enfermedad o durante la misma. De esta manera, las investigaciones sobre el enfrentamiento y el impacto en el infarto del miocardio, se han centrado casi exclusivamente en la importancia que tiene la negación en la protección de la ansiedad relacionada con la muerte, una vez declarada la enfermedad (Livneh, 1999). Ben-Zur, Rappaport, Ammar y Uretzky (2000) destacaron sus estudios sobre los estilos de enfrentamiento orientados a la emoción que han tenido los pacientes revascularizados, así como también existen otros respecto a sus respuestas a los programas de rehabilitación cardiaca (Altum, 2002). Por su parte, y en concordancia con los presentes resultados, Kohlmann, Ring, Carroll, Mohiyeddini y Bennett (2001)

encontraron que los pacientes que mostraban conductas defensivas y evasivas ante acontecimientos de la vida que les producían una gran tensión, estaban muy propensos a desarrollar enfermedades del corazón.

Mediante los análisis de validez y confiabilidad de los instrumentos, se obtuvieron nueve factores para estrés y cinco factores para los estilos de enfrentamiento. Los factores de estrés resultaron ser más numerosos que los que propusieron Gutiérrez y Ostermann (1994), encontrando como nuevos y diferentes el estrés por la comunidad donde se vive, el estrés por problemas de ansiedad, estrés por sentimientos de apatía general y el estrés por aislamiento social y confusión personal. El resto de los estresores coincidieron desde el punto de vista meramente laboral (sobrecarga de trabajo, insatisfacción laboral). Los estilos de enfrentamiento corroboraron la propuesta de Lazarus y Folkman (1988) sobre las dos formas generales de enfrentar: la orientada al problema y la orientada a la emoción, (aún con la aparición de dos nuevos estilos de enfrentamiento para los residentes de la Ciudad de México: negación y análisis cognitivo-reflexivo).

Por otro lado, para poner a prueba la hipótesis del presente trabajo sobre la posible existencia de diferencias en el uso de estilos de enfrentamiento ante los estresores, se realizaron análisis de discriminantes y regresiones logísticas. En términos generales, se encontró que sí existieron diferencias entre los grupos, tanto en los estresores como en los estilos de enfrentamiento y aunque los estresores fueron distintos en cada grupo de comparación, se observó que la diferencia se debió más al uso del estilo de enfrentamiento, siendo básicamente los pacientes más evasivos, por lo que sí se comprobó la hipótesis planteada en esta investigación.

Sobre la tendencia de las respuestas a los estresores, se observó que fue más probable el uso del enfrentamiento evasivo, negativo y análisis cognitivo-reflexivo, ante los estresores por conflictos personales y por frustración laboral

en los pacientes; así mismo, un porcentaje menor de los no pacientes mostraron perfiles de respuesta como el grupo enfermo, lo que los colocó en una situación

de riesgo. Cabe señalar que en estos análisis, donde entraron todas las variables juntas, sólo fueron significativos los estilos de enfrentamiento, lo que hace posible pensar nuevamente que en las experiencias de estrés lo relevante está puesto en la forma de enfrentar, como lo demostraron en su investigación Gutiérrez, Ito y Contreras (2000) al sostener que no solamente el estrés incide sobre el organismo de las personas, sino también el uso inadecuado de enfrentarlo.

Con ello, se puede cuestionar también ¿por qué la diferencia radica en el estilo y no en el estresor? Lazarus (1993) ha demostrado que la tendencia de ser optimista o pesimista influye en cómo la persona enfrenta los encuentros estresantes, lo cual implica una característica de personalidad en el proceso de enfrentamiento. Investigaciones de este tipo revelan el grado en que diversas estrategias de enfrentamiento son influidas por el contexto social, las variables de personalidad, o ambas.

Los resultados aquí expuestos por tanto, resultan ser innovadores, porque incluyen la experiencia retroactiva de estrés y su estilo de enfrentamiento de aquél entonces, los cuales, contribuyeron en el presente, junto con los factores de riesgo coronario, al desarrollo de la enfermedad cardiaca. Los resultados de investigaciones que más se aproximan a estos datos son los que ya se han reportado.

En conclusión, en esta investigación se encontró un patrón específico de respuesta ante eventos estresantes como pérdidas importantes de seres queridos, problemas familiares, conflictos en el trabajo y preocupaciones económicas, que en términos generales fue el uso del estilo de enfrentamiento de escape-evitación por los pacientes, aún sobre la mínima existencia de los más adaptativos, como el análisis cognitivo-reflexivo.

Por lo anterior, es importante considerar la apertura de nuevas líneas de investigación en este campo que sean directrices para establecer nuevas relaciones entre variables. Con ello, se podrán realizar programas de medicina preventiva en clínicas y hospitales; se podrán dirigir de manera más asertiva las intervenciones en crisis y el manejo del estrés, así como también se podrá lograr disminuir y prever los índices de rotación y ausentismo laboral en las empresas, lo que permitirá a su vez, elevar la calidad de vida de las personas.

Finalmente, se sugiere tomar en cuenta, para investigaciones futuras, el fortalecimiento de líneas de estudio en lo que respecta al abordaje de los estresores en la vida de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica y los estilos de enfrentamiento asociados a éstos, con la finalidad de conocer más a fondo el comportamiento de estas variables en muestras más grandes y con grupos comparativos para establecer, si es el caso, perfiles específicos de diferencias. Amén de esto, los resultados de estas investigaciones podrán ser trasladados a la práctica médica y tomarlos en cuenta en materia de medicina preventiva primaria y secundaria. Se propone también, que el trabajo con los pacientes genere el establecimiento y clasificación de grupos de alto riesgo en el futuro, y con ello, realizar las intervenciones que se consideren pertinentes. Por último, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se sugiere trabajar con otras variables que también pudieran estar relacionadas con estos eventos, sobre todo los estilos de enfrentamiento, que en el presente estudio marcaron la diferencia entre los grupos. Variables como la conducta tipo A, el locus de control y los rasgos de personalidad (depresión, enojo, hostilidad), pudieran producir una influencia importante en estas expresiones: acelerándolas, atenuándolas o modificándolas; lo que constituirá otra pregunta de investigación.

ANEXO 1. ESTUDIO PILOTO

OBJETIVO GENERAL:

Obtener las características psicométricas (criterios de validez y confiabilidad) de los instrumentos de medición que se aplicarán en el estudio final: estresores (Gutiérrez y Ostermann, 1994) y estilos de enfrentamiento (Lazarus y Folkman, 1988).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar el poder discriminativo de los reactivos de cada instrumento.
- 2.- Realizar un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal para obtener la validez de constructo y de contenido de los instrumentos.
- 3.- Determinar la confiabilidad de los instrumentos de estresores (Gutiérrez y Ostermann, 1994) y de estilos de enfrentamiento (Lazarus y Folkman, 1988).

MÉTODO:

5.5.3 Participantes:

Un total de 238 personas colaboraron en el estudio. 172 fueron hombres (71.4%) y 66 fueron mujeres (27.4%), con una edad promedio de 36.6 años, de nivel socioeconómico medio alto (AMAI, 2002). En cuanto al estado civil, 124 (51.5%) estaban casados, 78 (32.4%) eran solteros, 20 (8.3%) estaban divorciados, 2 (0.8%) eran viudos y 14 (5.8%) manifestaron vivir en unión libre. La ocupación quedó definida por 113 (46.9%) empleados de mandos medios, 46 (19.1%) controladores aéreos, 42 (17.4%) empleados operativos, 10 (4.1%) pilotos aéreos y 4 (1.7%) eran personas dedicadas al hogar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron en el estudio a aquellas personas que tuvieran una edad mínima de 25 años y máxima de 80, que es la población que en términos generales, manifiesta problemas de cardiopatía isquémica actualmente en México (SSA: 2006, INEGI: 2005). Otro requisito fue que identificaran y evaluaran sus actividades (económicamente activas o no) como estresantes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se obtuvo el consentimiento verbal informado por parte de los participantes, explicándoles el objetivo del estudio, su importancia y la promesa de la devolución de los resultados con los jefes de departamento, área y del director general de la empresa donde laboraban en ese momento. Se destacó también que los instrumentos eran completamente anónimos y que la información obtenida era confidencial, con fines de investigación exclusivamente.

PROCEDIMIENTO:

Se acudió a varias empresas: aéreas y de servicios, así como a instituciones educativas, con la finalidad de aplicar los cuestionarios. Se habló con el Director General de cada una de ellas y con el Rector en su caso, se solicitó el permiso correspondiente para aplicar los instrumentos, explicando el objetivo del estudio y prometiendo la devolución de los resultados. De esta manera, se acudió con cada jefe de departamento o de disciplina, explicando cada vez el objetivo del trabajo, para que los colaboradores dieran respuesta a los cuestionarios, donde se hacía hincapié en el carácter anónimo de los mismos. Así, los cuestionarios fueron contestados de manera escrita por cada trabajador participante, empleando un tiempo de ejecución aproximado de 30 minutos. En algunos casos, los instrumentos se llevaron a casa y fueron devueltos algunos días después, en virtud de la carga de trabajo que manifestaban tener las personas en ese momento. Desafortunadamente, de este modo, se perdieron

aproximadamente 50 cuestionarios que nunca fueron devueltos, quedando un total de 238.

INSTRUMENTOS:

***ESTRESORES.**

Esta escala contiene tópicos de salud mental y estrés en el trabajo. Está conformada por 200 reactivos que comprenden tres dimensiones: social, trabajo y personal, tanto en sus aspectos de apoyo como estresores. Adicionalmente, incluye dos escalas de salud mental. Sin embargo, en lo que concierne a la presente investigación, sólo se consideraron los reactivos correspondientes a las escalas de estrés social, laboral y personal, cada una de ellas conformada por 25 reactivos, haciendo un total de 75.

El SWS-Survey de Salud Mental, estrés y trabajo cuyas siglas en inglés corresponden a los términos de Self Work Social (SWS) surgió por una necesidad percibida por los profesionales de la salud mental por la ausencia de un instrumento válido y confiable que evaluara los niveles de estrés y salud mental de la población productiva de los países en vías de desarrollo. Este instrumento postula que “el estrés consiste en el interjuego de factores en tres áreas: personal, laboral-organizacional y social-situacional. Según Gutiérrez y Ostermann (1994) el proceso metodológico de validez del instrumento implicó dos fases: la traducción de su versión original (inglés) y el proceso de validez en sí, determinando la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo. En lo que respecta a la confiabilidad, los factores de estrés mostraron puntajes como:

1.- Estrés en el trabajo $\alpha=.772$; 2.- Estrés social $\alpha=.903$; 3.-Estrés personal $\alpha=.822$. El alpha de Cronbach de todas las escalas de estrés fue de $\alpha=.955$ (Gutiérrez y Ostermann, 1994).

El formato para responder a cada reactivo consiste en cinco posibilidades de respuesta con los siguientes valores positivos: Nunca (1), Casi nunca (2);

Ocasionalmente (3); Frecuentemente (4) y Muy frecuentemente (5). De allí que la mínima calificación para cada escala es de 25 y la máxima es 125.

***ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO.**

Se utilizó el instrumento desarrollado por Lazarus y Folkman para población adolescente, creado en 1980 y revisado por ellos mismos en 1985. Tres años más tarde, en 1988, el cuestionario fue revisado una vez más por los investigadores, porque lo iban a considerar para la población adulta en Estados Unidos. El resultado de estos nuevos análisis fueron consistentes con la primera versión, sólo que se creó una dimensión más: la religiosa.

Con el propósito de validar y estandarizar dicho instrumento en México para la población adolescente, Sotelo y Maupone (2000) solicitan el permiso de los mencionados autores. De esta manera, el cuestionario fue traducido de manera directa e inversa por un especialista. Posteriormente, la traducción fue sometida a un jueceo integrado por cinco expertos de la Facultad de Psicología de la UNAM y por un estadounidense con manejo de varios idiomas, lo que coadyuvó a conformar la versión definitiva en español. Los resultados de los análisis indicaron altos puntajes en validez y confiabilidad (α total=.86) y un proceso de estandarización adecuado, por lo que no hubo necesidad de hacer correcciones a los reactivos. Por tal motivo, en el presente estudio, se trabajó con la versión traducida por Sotelo y Maupone (2000) del instrumento desarrollado por Lazarus y Folkman (1988), revalidado y reconfiabilizado por Zavala, Palos, Reidl y Rivas (en prensa), en virtud de que iba a ser dirigido a una población diferente: los adultos de nuestro país.

Los estilos de enfrentamiento que evalúa este cuestionario son los pensamientos y acciones que las personas usan para hacer frente a encuentros estresantes de la vida diaria. Está derivado de una teoría fenomenológica-cognitiva de estrés y

enfrentamiento que está articulada en “estrés, evaluación y enfrentamiento” (Lazarus y Folkman, 1988). Su manual (ways of coping questionnaire) incluye los conceptos que describen las bases del cuestionario de estilos de enfrentamiento y proporciona información acerca de su desarrollo, instrucciones para su administración y calificación, así como detalles sobre características psicométricas. El cuestionario está conformado por 8 tipos de estilos de enfrentamiento:

- 1.- **Enfrentamiento confrontativo:** Consta de 6 reactivos, y describe los esfuerzos agresivos y conductas de riesgo y hostilidad para intentar cambiar la situación que se está viviendo, $\alpha = 70$.
- 2.- **Distanciamiento:** También consta de 6 reactivos, y describe los esfuerzos cognitivos que se hacen para disminuir el significado de la situación que se vive, $\alpha = .61$.
- 3.- **Autocontrol:** Integrado por 7 reactivos, y describe los esfuerzos que hace la persona para regular o controlar los propios sentimientos y acciones, $\alpha = .70$.
- 4.- **Búsqueda de apoyo social:** Formado por 6 reactivos, y describe los esfuerzos que se llevan a cabo en la búsqueda de apoyo con los otros; apoyo informacional o emocional, $\alpha = .76$.
- 5.- **Responsabilidad:** Lo integran 4 reactivos, y son los conocimientos que se tienen sobre el manejo de uno mismo en situaciones problemáticas, para intentar solucionar las cosas de manera adecuada, $\alpha = .66$.
- 6.- **Escape-evitación:** Son 8 reactivos y describen los deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evitar el problema. Los reactivos de esta subescala contrastan con los de distanciamiento, $\alpha = .72$.
- 7.- **Trazo de un plan orientado al problema:** Integrado por 6 reactivos, y describe los esfuerzos orientados al problema para tratar de cambiar la situación, acompañados de una labor mental de análisis para dar la mejor solución, $\alpha = .68$.

8.- Reevaluación positiva: Formada por 7 reactivos, que describen los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal. También contiene una dimensión religiosa, $\alpha=.79$. Este cuestionario se contesta en un promedio de 10 minutos, aunque tiende a variar según cada persona.

En cuanto a la forma de respuesta, las personas contestan cada reactivo en una escala tipo Likert de 4 puntos, indicando la frecuencia con la cual cada estilo es usado: 0= No, de ninguna manera; 1= en alguna medida; 2= generalmente, usualmente; 3= siempre, en gran medida. Las respuestas no tienen diferentes pesos, solamente van de menor a mayor frecuencia en el uso de determinado estilo de enfrentamiento, de acuerdo a alguna situación estresante. La validez de constructo muestra evidencia de que los resultados de estudios que han realizado los autores, son consistentes con sus predicciones teóricas: esto es, que el enfrentamiento consiste en estrategias orientadas al problema y a la emoción, amén de que éste es visto como un proceso. Así mismo, “los coeficientes de consistencia interna de las ocho escalas son más altas que los reportadas por muchas otras mediciones de procesos de enfrentamiento” (Lazarus y Folkman, 1988, pág. 13, 14).

Con fines específicos para la presente investigación, se añadió al instrumento una pregunta de respuesta libre para pedir a los participantes recordaran y reportaran el evento que habían evaluado como estresante y que hubiese ocurrido tiempo atrás: la última semana, el mes pasado o durante el año lectivo y que además indicaran en las afirmaciones del cuestionario, la manera en que habían actuado.

RESULTADOS.

Determinación del poder discriminativo de los reactivos.

Con el fin de determinar cuáles reactivos discriminaron significativamente entre los participantes que obtuvieron puntajes altos y bajos, se realizó un análisis de frecuencias para obtener los cuartiles 25, (0 al 25%) y 75, (75% al 100%), ya que de esta manera se dividió a la muestra en dos grupos para determinar el valor total identificado como “puntaje bajo” y como “puntaje alto, con la finalidad de aplicar a éstos la prueba t de Student.

Una vez obtenidas dichas calificaciones (altas y bajas), se dividió a la población a través de una recodificación de “la variable total” en altos y bajos, eliminando el resto de los valores. El cálculo estadístico que se obtuvo con la aplicación de la prueba t de Student, permitió observar qué reactivos discriminaron significativamente. Se consideró un nivel de confianza del 95% para los reactivos que se sometieron a discriminación y se eliminaron aquellos cuya significancia fue mayor a 0.05. Este tratamiento fue aplicado a ambos instrumentos. Para el instrumento de estrés los reactivos que sí discriminaron fueron 35, de un total de 75 de la escala de estresores. Para el instrumento de estilos de enfrentamiento los reactivos que sí discriminaron fueron 20, de un total de 66.

Análisis Factorial.

Validez de constructo.

Para los reactivos que sí discriminaron, tanto para el instrumento de estresores, como para el instrumento de estilos de enfrentamiento, se efectuó un análisis factorial con la finalidad de determinar la forma en que se agrupaban. El análisis factorial es un poderoso método de validación de constructo que reduce un elevado número de medidas a un número más pequeño denominado factor, mediante la detección de cuáles variables van juntas (Kerlinger, 1988).

Se utilizó el análisis factorial de componentes principales con el método rotación ortogonal, el cual arrojó la siguiente información:

ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE ESTRESORES

Tabla 1.

F1: CONFLICTOS PERSONALES REACTIVOS		PESO FACTORIAL
25.- Tengo que mentir y engañar para lograr mis propósitos.		.667
26.- Me siento dividido (a) entre diversas responsabilidades sociales.		.463
28.- Realmente no hay nadie a quien quiera o quien me quiera.		.446
39.- Me siento atrapado (a).		.560
43.- Mis problemas familiares van más allá de lo que puedo soportar.		.626
72.- Pienso que en el trabajo fracaso porque tengo mala suerte.		.552
Media= 8.83		
Desviación Estándar= 2.96		
Confiabilidad=.72		
F2: FRUSTRACIÓN LABORAL REACTIVOS		PESO FACTORIAL
46.- Es probable que los jefes me hagan daño.		.725
51.- En el trabajo no obtengo respuesta, ni buena ni mala.		.531
57.- Mi trabajo es repetitivo, rutinario y aburrido.		.449
60.- El trabajo me obliga a hacer cosas contrarias a mis principios.		.678
62.- Hay tantos cambios en el trabajo que me confundo.		.462
Media= 9.66		
Desviación Estándar= 3.43		
Confiabilidad=.77		
F3: INSEGURIDAD EN EL TRABAJO REACTIVOS		PESO FACTORIAL
23.- Tengo temor de que algo terrible vaya a pasar.		.448
66.- Tengo miedo de perder el empleo.		.722
69.- Ignoro lo que va a pasar en el trabajo.		.597
Media= 5.47		
Desviación Estándar= 2.38		
Confiabilidad=.63		

ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE ESTRESORES

Tabla 1.

F4: INSATISFACCIÓN LABORAL	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
53.- El tipo de trabajo que hago es demandante y no es respetado.	.745
54.- Haga lo que haga en el trabajo, es insuficiente.	.614
65.- El lugar donde trabajo es sucio, insalubre.	.552
Media= 5.56	
Desviación Estándar= 2.78	
Confiabilidad=.66	
F5: INSEGURIDAD EN LA COMUNIDAD DONDE SE VIVE	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
31.- Hay mucho peligro, violencia, crimen, etc, donde vivo.	.704
32.- Por donde vivo, parece que no hay quien organice las cosas, no hay reglas.	.788
47.- Donde vivo las cosas van mal y no mejoran.	.483
Media= 4.87	
Desviación Estándar= 1.95	
Confiabilidad=.68	
F6: AISLAMIENTO SOCIAL Y SENTIMIENTOS DE CONFUSIÓN PERSONAL	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
22.- Soy muy desorganizado (a) y dejo muchas cosas sin terminar.	.407
27.- Me es imposible ser lo que la gente espera de mí.	.463
30.- Mis ideas y creencias difieren de la mayoría de la gente que conozco.	.656
42.- La vida a mi alrededor es confusa y desordenada (caótica).	.456
50.- La gente que no está de acuerdo conmigo me contradice.	.442
Media= 9.93	
Desviación Estándar= 3.42	
Confiabilidad=.71	

ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE ESTRESORES

Tabla 1.

F7: EXCESO DE TRABAJO	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
63.- El trabajo me aleja de mi familia.	.618
64.- Debo trabajar aún cuando estoy enfermo.	.402
68.- El trabajo interfiere con mis otras responsabilidades.	.676
Media= 6.84	
Desviación Estándar= 3.34	
Confiabilidad=.66	
F8: PROBLEMAS DE ANSIEDAD	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
40.- La gente me insulta y se burla de mí.	.603
45.- Alguien cercano a mí morirá próximamente.	.635
67.- En el trabajo no tengo oportunidad de descansar cuando me canso.	.405
73.- Hay conflictos donde trabajo, la gente discute y pelea.	.510
Media= 7.29	
Desviación Estándar= 2.33	
Confiabilidad=.62	
F9: SENTIDO DE APATÍA GENERALIZADO	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
5.- Tengo dificultad en empezar lo que tengo que hacer.	.609
7.- Necesito que alguien me presione.	.754
10.-Me rindo fácilmente y evado conflictos.	.403
Media= 5.31	
Desviación Estándar= 2.27	
Confiabilidad=.65	
ALPHA TOTAL DE LA ESCALA= .91	

El análisis factorial mostró la conformación 9 factores para el instrumento de estresores. Los valores de alfa por cada factor y el alfa total del instrumento reportan puntajes adecuados.

Para el instrumento de estresores, se reportan los siguientes valores eigen por factor: Factor 1: 5.1; Factor 2: 3.7; Factor 3: 3.0; Factor 4: 2.7; Factor 5: 2.6;

Factor 6: 2.6; Factor 7: 2.6; Factor 8: 2.5; Factor 9: 2.5 y los porcentajes de varianza fueron: Factor 1: 5.1%; Factor 2: 6.89%; Factor 3: 4.11%; Factor 4: 3.60; Factor 5: 3.57%; Factor 6: 3.56%; Factor 7: 3.44%; Factor 8: 3.42%; Factor 9: 3.41%; siendo el porcentaje total de varianza explicada fue de 37.04%.

Como se puede observar, los tipos de estresores propuestos por Gutiérrez y Ostermann (1994), en el instrumento original, se vuelven a presentar: estrés personal (problemas personales, confusión personal, problemas de ansiedad, apatía); estrés social (aislamiento social, que en general es provocado por problemas personales); y estrés laboral (frustración, inseguridad, insatisfacción y un tipo de estrés más, el cual podría ser incluido en el estrés social: *estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive*, que en nuestros días, no es extraño que aparezca.

Análisis factorial del instrumento estilos de enfrentamiento.

El análisis factorial del instrumento de Lazarus y Folkman (1988) arrojó la siguiente información:

Tabla 2.

F1: ENFRENTAMIENTO EVASIVO	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
33.- Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado.	.489
57.- Soñé o imaginé que las cosas eran mejores.	.767
58.- Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara.	.720
59.- Tuve fantasías o imaginé el modo en que podían cambiar las cosas.	.728
Media= 4.75	
Desviación Estándar= 3.15	
Confiabilidad=.75	
F2: ENFRENTAMIENTO REEVALUACIÓN POSITIVA	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
15.- Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	.593
19.- Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor.	.585
20.- Me inspiré a hacer algo creativo.	.658
23.- Cambié y maduré como persona.	.679
36.- Tuve fe en algo nuevo.	.691
Media= 8.73	
Desviación Estándar= 4.31	
Confiabilidad=.74	

Análisis factorial del instrumento estilos de enfrentamiento.

Tabla 2.

F3: ENFRENTAMIENTO DE DISTANCIAMIENTO	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
12.- Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).	.757
13.- Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	.644
65.- Me consolé pensando que las cosas podían ser peores.	.633
Media= 3.40	
Desviación Estándar= 2.81	
Confiabilidad=.68	
F4: ENFRENTAMIENTO DE NEGACIÓN	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
11.- Esperé a que ocurriera un milagro.	.463
21.- Traté de olvidarme por completo del problema.	.504
24.- Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo.	.678
43.- Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas.	.553
50.- Me negué a creer lo que estaba pasando.	.575
Media= 3.21	
Desviación Estándar= 2.62	
Confiabilidad=.68	
F5: ENFRENTAMIENTO ANÁLISIS COGNITIVO-REFLEXIVO	
REACTIVOS	PESO FACTORIAL
9.- Me critiqué o cuestioné a mí mismo.	.674
25.- Me disculpé o hice algo para compensar el problema.	.582
29.- Me di cuenta que yo mismo (a) causé el problema.	.760
Media= 2.83	
Desviación Estándar= 2.20	
Confiabilidad=.64	
ALPHA TOTAL DE LA ESCALA=.85	

El análisis factorial mostró la conformación de 5 factores para el instrumento de estilos de enfrentamiento. Los valores de alfa por cada factor y el alfa total de la escala reportan puntajes adecuados. Se determinaron también los valores eigen y los porcentajes de varianza por factor y por instrumento; obteniendo así los

siguientes valores propios para cada factor de estilos de enfrentamiento: Factor 1: 2.9; Factor 2: 2.7; Factor 3: 2.5; Factor 4: 2.3; Factor 5: 2.1. El porcentaje de varianza por cada factor fue: Factor 1: 8.17%; Factor 2: 7.49%; Factor 3: 7.03%; Factor 4: 6.49%; Factor 5: 5.86%; y el porcentaje total de varianza explicada fue de 35.04%.

De esto se puede decir que: se obtuvieron 9 factores para el instrumento de estresores y 5 para el de estilos de enfrentamiento, encontrando dos nuevos estilos para la población adulta mexicana, a diferencia de lo propuesto por (Lazarus y Folkman, 1984), que fueron el estilo de negación y el de análisis cognitivo-reflexivo. En lo que respecta a los estresores, se mantuvieron los que propusieron (Gutiérrez y Ostermann, 1994): sociales, laborales y personales, siendo los más significativos en este trabajo los estresores laborales y personales.

ANEXO 2

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES OBTENIDOS, INSTRUMENTO: SITUACIONES QUE PROVOCAN ESTRÉS.

FACTOR	DESCRIPCIÓN
1: Estrés por conflictos personales.	El estrés por conflictos personales hace referencia a aquellas situaciones problemáticas que suelen ser continuas en el individuo, generando malestar y que involucran relaciones familiares inadecuadas, metas laborales incumplidas, y elementos personales como los afectivos.
2: Estrés por frustración laboral.	Implica aquellos eventos donde no existe motivación para trabajar, que impiden el crecimiento personal y además no existe el reconocimiento a las actividades desarrolladas en el trabajo. Puede o no haber cambios en la actividad laboral, pero éstos producen indiferencia o confusión en el individuo.
3: Estrés por inseguridad en el trabajo.	Involucra experiencias como el temor a perder el empleo y lo que va a suceder a futuro (incertidumbre) durante el desempeño laboral.
4: Estrés por insatisfacción laboral.	Son aquellas situaciones donde el individuo no tiene una sensación de bienestar, porque el trabajo desempeñado no corresponde a lo que se debería hacer, además las condiciones físicas (ambientales) son insalubres.
5: Estrés por inseguridad en la comunidad donde se vive.	Tiene que ver con el medio ambiente en que vive el individuo, como por ejemplo estar rodeado de crímenes, violencia, peligro constante; lo que genera confusión, caos porque las cosas no mejoran.
6: Estrés por aislamiento social y sentimientos de confusión personal.	Está relacionado con personas que son desorganizadas en sus vidas, que tienen discrepancias con la sociedad en cuanto a creencias, percepciones, ideas, haciendo a un lado la deseabilidad social, lo que produce que la gente se aisle y no busque una conformidad gregaria.
7: Estrés por exceso de trabajo.	Es cuando la carga de trabajo interfiere, traspasa la vida de los individuos, lo que les impide dedicar tiempo a la familia, descansar cuando se está enfermo, o cumplir con otro tipo de responsabilidades personales.

ANEXO 2

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES OBTENIDOS, INSTRUMENTO: SITUACIONES QUE PROVOCAN ESTRÉS.

FACTOR	DESCRIPCIÓN
8: Estrés por problemas de ansiedad.	En general, incluye aquellas situaciones que generan ansiedad constante: insultos hacia la propia persona y que pueden darse en cualquier lugar, el presenciar discusiones, riñas, que son inevitables en el ambiente de trabajo y la baja o nula oportunidad de poder relajarse o descansar cuando uno se agota en el trabajo.
9: Estrés por un sentido de apatía generalizado.	Tiene que ver con la dificultad generalizada que tienen las personas para realizar sus actividades, por lo que es necesario que alguien los motive o los obligue, y de allí su tendencia a evadir los problemas que se les presentan.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES OBTENIDOS, INSTRUMENTO: ENFRENTAMIENTO.

FACTOR	DESCRIPCIÓN
1: Enfrentamiento Evasivo.	Es no pensar en aquello que nos preocupa, haciéndolo a un lado.
2: Enfrentamiento Reevaluación Positiva.	Es quedarse con las cosas positivas de las experiencias negativas y que nos ayudan a crecer como personas.
3: Enfrentamiento Distanciamiento.	Es alejarse emocionalmente de un problema o situación angustiante que es necesario resolver.
4: Enfrentamiento Negación.	Es cambiar el significado de la situación angustiante o conflicto, sin reconocer la amenaza o daño que pudiera implicar. Es anular la existencia del problema.
5: Enfrentamiento Análisis Cognitivo Reflexivo.	Implica un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo.

ANEXO 3
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CUESTIONARIO

Sexo: Masculino () Femenino (). **Edad:** _____ (años cumplidos). **Estado Civil:** Soltero () Casado () Divorciado o separado () Viudo () Unión libre ()
Ocupación: _____

Instrucciones:

I. Se está realizando una investigación con la finalidad de llevar a cabo un estudio sobre las situaciones que le provocan estrés a las personas y las formas como enfrentan estas experiencias. Para ello, es necesario que por favor conteste las siguientes preguntas:

<p>¿Tiene usted el colesterol alto? Sí: _____ No: _____ ¿Le han diagnosticado diabetes? Sí: _____ No: _____ ¿Fuma? Sí: _____ No: _____ ¿Cuántos cigarros al día? _____ ¿Tiene problemas de presión alta? _____ ¿o baja? _____</p> <p>Peso: _____ Estatura: _____ ¿Hace usted ejercicio? Sí: _____ No: _____</p> <p>¿Qué ejercicio? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Algún familiar suyo ha tenido problemas del corazón? Sí: _____ No: _____</p> <p>¿Cuál? _____</p>

Por favor marque con una “x” sólo una opción de respuesta en la línea que está adelante de las mismas, según si describe su caso, para ésta y todas las preguntas que siguen.

Pensando en el jefe de familia de su hogar:

➤ ¿Cuál fue el último año de estudios?

- 1.- No estudió: _____
- 2.- Primaria incompleta: _____
- 3.- Primaria completa: _____
- 4.- Secundaria incompleta: _____
- 5.- Secundaria completa: _____
- 6.- Carrera comercial: _____
- 7.- Carrera técnica: _____
- 8.- Preparatoria incompleta: _____
- 9.- Preparatoria completa: _____
- 10.- Licenciatura incompleta: _____
- 11.- Licenciatura completa: _____
- 12.- Diplomado o maestría: _____

13.- Doctorado: _____

99.- No sabe: _____

➤ ¿Realizó otros estudios? ¿Cuáles? _____

¿Cuál es el total de piezas y/o habitaciones con que cuenta su hogar? Por favor, no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

1.- Uno: _____

2.- Dos: _____

3.- Tres: _____

4.- Cuatro: _____

5.- Cinco: _____

6.- Seis: _____

7.- Siete o más: _____

Sí cuentan: recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de lavado, cuarto de TV, biblioteca, cuarto de servicio si está dentro de su vivienda, tapancos, sótano y el garage o cochera sólo si está techado y rodeado de paredes y puertas que impidan mirar al interior del mismo.

No cuentan: Cobachas, tienditas que estén dentro de la vivienda, garages o cocheras que no tengan techo ni tres paredes y una puerta que impida ver al interior de ellos.

¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

0.- Cero: _____

1.- Uno: _____

2.- Dos: _____

3.- Tres: _____

4.- Cuatro o más: _____

En su hogar, ¿cuenta con calentador de agua o boiler?

0.- No: _____

1.- Sí: _____

Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, ¿cuántos focos tiene su vivienda?

1.- Cinco o menos: _____

2.- Entre seis y diez: _____

3.- Entre once y quince: _____

4.- Entre dieciséis y veinte: _____

5.- Veintiuno o más: _____

¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, de cemento o de algún otro tipo de acabado?

1.- Tierra: _____

- 2.- Cemento firme: _____
3.- Otro tipo de material o acabado: _____

¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tiene en su hogar?

- 0.- Ninguno: _____
1.- Uno: _____
2.- Dos: _____
3.- Tres y más: _____

¿Cuenta su hogar con aspiradora que funcione?

- 0- No: _____
1.- Sí: _____

¿Cuenta su hogar con lavadora de ropa que lave y enjuague automáticamente y que funcione?

- 0.- No: _____
1.- Sí: _____

¿Cuenta su hogar con horno de microondas que funcione?

- 0.- No: _____
1.- Sí: _____

¿Cuenta su hogar con tostador eléctrico de pan que funcione?

- 0.- No: _____
1.- Sí: _____

¿Cuenta su hogar con videocasetera que funcione?

- 0.- No: _____
1.- Sí: _____

¿Cuenta su hogar con computadora personal propia que funcione?

- 0.- No: _____
1.- Sí: _____

Instrucciones:

I. Se está realizando una investigación con la finalidad de llevar a cabo un estudio sobre **las situaciones que les PROVOCAN ESTRÉS a las personas**. Lea con cuidado cada una de las siguientes afirmaciones y **señale con qué frecuencia SIENTE o LE SUCEDEN las cosas que se describen a continuación**.

II. **Indique en la última columna** de la siguiente tabla de acuerdo a cada oración, el número de respuesta que en general mejor refleje su situación.

Por favor conteste lo más honestamente posible, dado que los resultados de este estudio permitirán ayudar a otras personas.

Las **opciones de respuesta** para las afirmaciones que a continuación se enlistan son:

Nunca: 1

Casi nunca: 2

Ocasionalmente: 3

Frecuentemente: 4

Muy frecuentemente: 5.

Versión modificada de R.E. Gutiérrez y F. Osterman (1994).

1	Me preocupo por las cosas por mucho tiempo, aunque sé que de nada sirve.	
2	Estoy constantemente preocupado (a) por mis problemas	
3	Reconozco que hay muchas cosas malas pero no me importa	
4	Culpo a otros por mis problemas y fallas	
5	Tengo dificultad en empezar lo que tengo que hacer	
6	Estoy decidido(a) a ser el (la) mejor todo el tiempo	
7	Necesito que alguien me presione	
8	Cuando me enojo, presiono a los demás	
9	A veces finjo estar enfermo (a) para evitar cumplir con mi deber	
10	Me rindo fácilmente y evado los conflictos	
11	Necesito mucho apoyo y estímulo	
12	Me gustaría rendirme, pero no puedo	
13	Invento excusas para mis errores y fallas	
14	Siento que haga lo que haga, no está bien hecho	
15	Me da pánico en las crisis y pierdo el control	
16	Pienso que no puedo hacer todo lo que tengo que hacer	
17	Me impongo metas muy altas y un ritmo acelerado a veces audazmente	
18	Pienso que tengo problemas personales que no me atrevo a contar	
19	Me gusta hacer las cosas tan rápido como es posible	
20	Me impaciento conmigo mismo (a) y con los demás	
21	Escondo mis decepciones y sentimientos de enojo	
22	Soy muy desorganizado (a) y dejo muchas cosas sin terminar	
23	Tengo temor de que algo terrible vaya a pasar	
24	Me avergüenzo fácilmente	
25	Tengo que mentir y engañar para lograr mis propósitos	
26	Me siento dividido(a) entre diversas responsabilidades sociales	
27	Me es imposible ser lo que la gente espera de mí	
28	Realmente no hay nadie a quien quiera o quien me quiera	
29	Mis condiciones de vida no son saludables	

Nunca: 1

Casi nunca: 2

Ocasionalmente: 3

Frecuentemente: 4

Muy frecuentemente: 5.

Versión modificada de R.E. Gutiérrez y F. Osterman (1994).

30	Mis ideas y creencias difieren de la mayoría de la gente que conozco	
31	Hay mucho peligro, violencia, crimen, etc, donde vivo	
32	Por donde vivo, parece que no hay quien organice las cosas, no hay reglas.	
33	La gente me está molestando	
34	Resuelvo mis problemas, pero estos persisten	
35	En mi casa hay demasiada gente	
36	Tan sólo hacer los trabajos rutinarios es un problema	
37	Me he tenido que cambiar de diferentes lugares en donde he vivido	
38	Puedo ser castigado (a) sin razón	
39	Me siento atrapado (a)	
40	La gente me insulta y se burla de mí	
41	Tengo que estar separado(a) de mi familia y de los que quiero	
42	La vida a mi alrededor es confusa y desordenada (caótica)	
43	Mis problemas familiares van más allá de lo que puedo soportar	
44	He perdido a alguien muy cercano a mí	
45	Alguien cercano a mí, morirá próximamente	
46	Es probable que los jefes me hagan daño	
47	Donde vivo las cosas van mal y no mejoran	
48	La gente a mi alrededor es irritable, grita y pelea	
49	Aún cuando no sea mi responsabilidad, tengo que hacerme cargo de algo	
50	La gente no está de acuerdo conmigo y me contradice	
51	En el trabajo no obtengo respuesta, ni buena ni mala	
52	En el trabajo, tengo que luchar para salir adelante	
53	El tipo de trabajo que hago es demandante y no es respetado	
54	Haga lo que haga en el trabajo, es insuficiente	

Nunca: 1

Casi nunca: 2

Ocasionalmente: 3

Frecuentemente: 4

Muy frecuentemente: 5.

55	Lo que se tiene que hacer en el trabajo no tiene sentido	
56	La gente en mi trabajo me encuentra defectos	
57	Mi trabajo es repetitivo, rutinario y aburrido	
58	La gente con quien trabajo, no se interesa por mí	
59	Donde trabajo, mis errores podrían causar serios problemas	
60	El trabajo me obliga a hacer cosas contrarias a mis principios	
61	La gente no reconoce mis esfuerzos, nunca aprecia lo que hago	
62	Hay tantos cambios en el trabajo que me confundo	
63	El trabajo me aleja de mi familia	
64	Debo trabajar aún cuando estoy enfermo(a)	
65	El lugar donde trabajo es sucio, insalubre	
66	Tengo miedo de perder el empleo	
67	En el trabajo no tengo oportunidad de descansar cuando me canso	
68	El trabajo interfiere con mis otras responsabilidades	
69	Ignoro lo que va a pasar en el trabajo	
70	Me preocupo por el trabajo, aún cuando estoy en casa	
71	Es fácil que ocurran accidentes o errores en el trabajo si no tengo cuidado	
72	Pienso que en el trabajo fracaso porque tengo mala suerte	
73	Hay conflictos donde trabajo, la gente discute y pelea	
74	Tengo demasiado trabajo que hacer	
75	En mi trabajo me resulta confuso lo que debo hacer	

Instrucciones:

I. Se está realizando una investigación con la finalidad de llevar a cabo un estudio sobre la forma en **cómo las personas ENFRENTAN y RESUELVEN las situaciones que les provocan estrés.**

II. Marque con una “x” cuándo fue la última vez que vivió una experiencia de estrés:

La última semana:_____ El mes pasado:_____ Durante este año:_____

III. Indique brevemente en qué consistió esa situación que le provocó estrés:_____

IV. Ahora lea con cuidado cada una de las siguientes afirmaciones e **indique en qué medida SINTIÓ o ACTUÓ**, de acuerdo a lo que indica cada una de ellas **según su experiencia de estrés, tomando en cuenta el número de respuesta que corresponda y anote dicho número en la última columna:**

- No, de ninguna manera: 0
- En alguna medida: 1
- Generalmente, usualmente: 2
- Siempre, en gran medida: 3

1	Sólo me concentré en lo que tenía que hacer próximamente	
2	Traté de analizar el problema para entenderlo mejor	
3	Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema	
4	Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar	
5	Me propuse sacar algo positivo del problema	
6	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada	
7	Traté de encontrar al responsable del problema para que cambiara su actitud	
8	Hablé con alguien para averiguar más sobre el problema	
9	Me critiqué o cuestioné a mí mismo	
10	No agoté mis posibilidades de solución, sino que dejé alguna posibilidad abierta	

11	Esperé que ocurriera un milagro	
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)	
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	
14	Intenté guardar para mí mis sentimientos	
15	Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno	
16	Dormí más de lo acostumbrado	
17	Expresé mi enojo a la(s) persona(s) que creí responsable(s) del problema	
18	Acepté la lástima y comprensión de los demás	
19	Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor	
20	Me inspiré a hacer algo creativo	
21	Traté de olvidarme por completo del problema	
22	Busqué la ayuda de un profesional	
23	Cambié y maduré como persona	
24	Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo	
25	Me disculpé o hice algo para compensar el problema	
26	Desarrollé un plan y lo seguí	
27	Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería	
28	Hice mis sentimientos a un lado	
29	Me dí cuenta de que yo mismo(a) causé el problema	
30	Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo	
31	Platiqué con alguien que podía hacer algo concreto con el problema	
32	Me “escapé” por un rato, traté de descansar o tomar vacaciones	
33	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado	
34	Hice algo muy arriesgado	
35	Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera	
36	Tuve fe en algo nuevo	
37	Mantuve mi orgullo y “puse al mal tiempo, buena cara”	
38	Pensé en las cosas buenas de la vida	
39	Hice cambios para que las cosas volvieran a la normalidad	
40	Evité estar con la gente	

No, de ninguna manera: 0
 En alguna medida: 1
 Generalmente, usualmente: 2
 Siempre, en gran medida: 3

41	No permití que el problema me venciera evitando pensar mucho en él	
42	Le pedí consejo a un amigo o familiar a quien respeto	
43	Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas	
44	Tomé lo positivo del problema y lo demás no lo tomé en cuenta	
45	Le platiqué a alguien cómo me sentía	
46	Me mantuve firme y luché por lo que quería	
47	Me desquité con los demás	
48	Pensé en experiencias pasadas y me dí cuenta de que ya había vivido algo parecido	
49	Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé para que las cosas funcionaran	
50	Me negué a creer lo que estaba pasando	
51	Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez	
52	Pensé en algunas soluciones al problema	
53	Lo acepté, no había nada que pudiera hacer al respecto	
54	Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas	
55	Deseaba poder cambiar lo que estaba pasando o la forma cómo me sentía	
56	Cambié algo de mí mismo(a)	
57	Soñé o imaginé que las cosas eran mejores	
58	Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara	
59	Tuve fantasías o imaginé el modo en que podían cambiar las cosas	
60	Recé	
61	Me preparé para lo peor	
62	Repasé mentalmente lo que haría o diría	
63	Pensé lo que haría en mi lugar la persona a quien más admiro y la tomé como modelo	
64	Traté de ver las cosas desde el punto de otra persona	
65	Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores	
66	Salí a correr o hice ejercicio	

HISTORIA CLÍNICA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Tipo de padecimiento: Infarto: _____ Angina de pecho: _____

Tiempo de evolución: _____ Presión arterial: _____

Factores de riesgo coronario mayores	Hipercolesterolemia	Diabetes Mellitus	Tabaquismo	Hipertensión Arterial
Factores de riesgo coronario menores	Obesidad	Sedentarismo	Herencia	

Observaciones:

REFERENCIAS

- Altum, S. (2002). A model of hostility and coronary heart disease based on orientation to self and others. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences and Engineering*, 63, (1-B) 579. (University Microfilm).
- Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado. (AMAI). (2002). Niveles socioeconómicos. México.
- American Heart Association. (1998). *Heart and stroke statistical update*. Dallas, TX. EE.UU.: American Heart Association.
- Aldwin, Carolyn. (1994). *Stress, coping and development. An integrative Perspective*. New York.: The Guilford Press.
- Anfossi, G. & Trovati, M. (1996). Role of catecholamines in platelet function: Pathophysiological and clinical significance. *European Journal of Clinical Investigation*. 26, 353-370.
- Baum, A. & Grunberg, N. (1995). Measurement of stress hormones. En Cohen, S., Kessler, R. y Gordon, L. (Eds.). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York, EE.UU.: Oxford University Press.
- Barnard, D. (2005). Insuficiencia Cardíaca en las Mujeres. *Cardiovascular Risk Factors Reports*, 1(5), 81-88.
- Ben-Zur, H; Rappaport, B; Ammar, R; Uretzky, G. (2000). Coping Strategies, Life Style Changes and Pessimism after Open-Heart Surgery. *Health & Social Work*, 25 (3) 201-209.

- Billings, AG, y Moos RH. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating. The stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2), 139-156.
- Blonna, R. (1996). *Coping with stress in a changing World*. St. Louis Missouri, EE.UU. :Mosby.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, (3) 525-537.
- Brailowsky, S. (1998). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*. México.: Fondo de Cultura Económica.
- Braunwald, E; Zipes, P; Libby, P. (2001). *Heart disease. A text book of cardiovascular medicine*. (6a. ed., Vols. I-2). EE.UU.: W.B. Saunders Company.
- Bradley, M. (2000). Emotion and Motivation_ En Cacioppo, T., Tassinary, G. y Berntson, G. (Eds.), *Handbook of Psychophysiology*. (2a. ed.).EE.UU.: Cambridge University Press.
- Brody, L. (1993). On understanding gender differences in the expression of emotion: Gender roles, socialization and language. In: Ablon S, Brown D, Mack J, Khantzian E. (Eds), *Human feelings: Explorations in affect development and meaning*. Hillsdale, New Jersey, EE.UU.: Analytic Press. 87-121.
- Brownley, A; Hurwitz, E; Schneiderman, N. (2000). Cardiovascular Psychophysiology. En Caccioppo, T; Tassinary, G; Bernston, G. (Eds.). *Handbook of psychophysiology*. (2a. ed., Vol.1.), EE.UU.: Cambridge University Press.

- Burt, V; Whalton, P; Roccella, E. (1995). Prevalence of Hypertension in the U.S. Adult Population. Results from the third national health and nutrition examination survey.1988-1991. *Hypertension*.25: 305-313.
- Cannel, D; Smith, G; Sheffield, D; Shipley, M; Marmot, M. (1997). The relationship between socioeconomic status, hostility and blood pressure reactions to mental stress in men. *Health Psychology*, 16: 131-136.
- Carney, M. (1998). Psychological risk factors for cardiac events. Could there be just one? *Circulation*, 97, 128-129.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *Physical activity and health: A report of the surgeon general*. Washington, DC, EE. UU.: Department of Health and Human Services.
- Cigarette Smoking Among Adults. (1997). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. MMWR. EE.UU.: 48, 993-996.
- Cooper, R. (1991). Hypertension in blacks: A puzzle waiting to be solved. *Ethnicity and disease*. 6:113-118.
- Chávez, R. (1982). *Cardiopatía Isquémica. Aterosclerosis coronaria y sus factores de riesgo*. (2a. ed., Vol. 1). México.: Salvat.
- Davidoff, L. (1994). *Introducción a la Psicología México*.: McGraw Hill.
- Delay (1994). De la emoción a la lesión. En: Vera G. (Ed.). *Estudios de psicopatología*: Vol. 1. Buenos Aires, Argentina.: Atuel-Cap.

- Dembrosky, T; Williams, R. (1989). Definition and assessment of coronary-prone behavior. In: Schneiderman, N; Weiss, S; Kaufmann, P. (Eds). *Handbook of research methods in cardiovascular behavioral medicine*. New York, EE.UU.: Plenum Press.
- Denollet, J; De Potter, B. (1992). Coping subtypes for men with coronary heart disease: Relationship to well-being, stress and type A behaviour. *Psychological Medicine*, 22 (3), 667-684.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría histórico bio-socio-cultural del comportamiento humano*. México.: Trillas.
- Diccionario Océano de Sinónimos y Antónimos*. (2000). Madrid, España.: Océano Grupo Editorial, S.A.
- Diener, E; Sadvick, E; Larsen, R. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Development Psychology*, 21, 542-546.
- Easterbrook, J. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*, 66, 183-201.
- Espino, V. (1983) *Introducción a la Cardiología*, (11 ed.). México.: Méndez Oteo
- Espinosa, S. (2004). *Estilos de enfrentamiento y bienestar subjetivo en adolescentes de la Ciudad de México*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Everson, A; Kauhanen, J; Kaplan, A; Goldberg, E; Julkunen, J; Tuomilehto, J. & Salonen, T. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial

infarction: The mediating role of behavioral risk factors. *American Journal of Epidemiology*. 146, 142-152.

Farley, R; Allen, W. (1989). *The color line and quality of life in America*. New York, EE.UU.: Oxford University Press.

Felton, B. & Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: A Study of illness controllability and influence of coping strategies on psychological assessment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 52, 343-353.

Fierro, C. (1986). *Diccionario Enciclopédico Grijalbo*. (Vol. 2). México.: Ediciones Grijalbo.

Figuroa, H. y Figuroa, M. (1999). *Glosario Farmacológico* (2a. ed.) México.: Limusa.

Franz, A. (1994). Principios fundamentales del abordaje psicosomático. Psicogénesis. (Petrucci, V. Trad.). En Vera, G. (Ed.). *Estudios de Psicología*, (2a. ed., Vol.1). Buenos Aires, Argentina.: Atuel-Cap.

Frasure-Smith, N; Lespérance, F. y Talajic, M. (1993) Depression following myocardial infarction: Impact on 6 month survival. *Journal of American Medicine*. 270, 1819-1825.

Friedman, M; & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York, EE.UU.: Knopf.

Frijda, N. (1986). *The emotions*. EE.UU.: Cambridge University Press.

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; & Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España.: Martínez Roca.
- Folkman, S; & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (3), 466-475.
- Fuster, V. (1999). Epidemic of cardiovascular disease and stroke: The three main challenges. *Circulation*, 99, 1132-1137.
- García, P. (1986). *Pequeño Larousse Ilustrado*. México.: Ediciones Larousse.
- Ghiadoni, L; Donald, E; Cropley, M; Mullen, J; Oakley, G; Taylor, M; O'Connor, G; Betteridge, J; Klein, N; Steptoe, A. & Deanfield, E. (2000). Mental Stress induces transient endothelial dysfunction in humans. *Circulation*, 102, 2473-2478.
- Girdler, S; Turner, J; Sherwood, A; Light, K. (1990). Gender differences in blood pressure control during a variety of behavioral stressors. *Psychosomatic Medicine*, 52, 571-591.
- Glantz, S. & Parmley, W. (1991). Passive smoking and heart disease: Epidemiology, physiology and biochemistry. *Circulation*, 83, 1-12.
- Goldstein, M; Niaura, R. (1992). Psychological factors affecting physical condition: Cardiovascular disease literatura review. *Psychosomatics*, 33, 134-135.
- Góngora, C. y Reyes I. (1998). El enfrentamiento a los problemas en jóvenes adultos yucatecos. *La Revista de Psicología Social en México*, 7, 18-23.

Góngora, C; Reyes, L. (2000). El enfrentamiento a los problemas y el locus de control. *La psicología social en México*, 8, 165-172.

González, M. (1994). *Collins, diccionario del estudiante, español-inglés, inglés-español*. Barcelona, España.: Grijalbo.

Grodstein, F; Stampfer, M. (1995). The epidemiology of coronary heart disease and estrogen replacement in postmenopausal women. *Programe Cardiovascular Disease*, 38, 199-210.

Guadalajara, B. (1989). *Cardiología*. México.: Francisco Méndez Cervantes.

Gutiérrez, R; Ito, S. y Contreras, I. (2000). Factores psicosociales de estrés organizacional y su relación con la hipertensión arterial. *La Psicología Social en México*, 8, 617-623.

Gutiérrez, R; y Ostermann, R. (1994). The SWS-Survey of Stress, Work and Mental Health. México/USA.: UNAM/FDU.

Gutiérrez, M; Contreras-Ibáñez, C. e Ito, S. (2001) *Salud mental, estrés y trabajo en Profesionales de la Salud. SWS- Survey. Desarrollo y criterios de aplicación* México.: UNAM

Guyton, A. (1984) *Tratado de fisiología médica*. (Orizaga, J. Trad., 6a. ed.). México.: Interamericana.

Haynal, A; Pasini, W. (1980). *Manual de medicina psicosomática*. España.: Toray-Masson.

Haynes, S; Feinleib, M; Kannel, W. (1980). The relationship psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingam Study III. Eight year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 3, 37-58.

Haynes, S; Feinleib, M; Levine, S; Scotch, N. & Kannel, W. (1978). The Relationship of Pscosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study II. Prevalence of coronary heart disease. *American Journal of epidemiology*, 107, 384-402.

Holahan, J; Holahan, K; Moos, H; Brennan, L. (1997). Social context coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of personality and social psychology*, 72 (4), 918-928.

Holahan, C; & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*. 52, 946-955.

Holahan, J. & Moos, H. (1990). Life stressors, resistance factors and improved psychological functioning: an extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, (5) 909-917.

Houtman, L; Kompier, A. (1985). Risk factors and occupational risk groups for work stress in the Netherlands. In Sauter, S; Murphy, L. (Eds.). *Organizational risk factors for job stress*. EE.UU.: American Psychological Association.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (s.f.) Indices de mortalidad a nivel nacional, 2001, 2002, 2005. Recuperado el 12 de febrero de 2007, de <http://www.ineqi.gob>.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). Indices de mortalidad a nivel nacional, 2001, 2002. Recuperado el 12 de febrero de 2007, de <http://www.imss.gob.mx>.

Izard, C. (1972). *Patterns of emotions*. New York, EE.UU.: Academic Press.

Jaynes, G; Williams, Jr., R. (1989). *A Common Destiny Blacks and American Society*. Washington, D.C., EE.UU.: National Academy Press.

Jha, P. & Chaloupka, F. (1999). Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control: *The World Bank*. Washington, D.C., EE.UU.

Jones, D; Kim, J; Kim, S. & Hong, Y. (1996). Hypertension awareness, treatment and control rates for an asian population: Results from a national survey in Korea. *Ethnological Health*, 1, 269-273.

Jousilahti, P; Vartiainen, E; Tuomilehto, J. & Puska, P. (1999). Sex, age, cardiovascular risk factors and coronary heart disease. A prospective follow-up study of 14786 middle-aged men and women in Finland. *Circulation*, 99, 1165-1172.

Julkunen, J; Salonen, R; Kaplan, G; Chesney, M; Salonen, J. (1994). Hostility and the progression of carotid atherosclerosis. *Psychosomatic medicine*, 56, 519-525.

Kaplan, G; Kall, J. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease. A review of the literature. *Circulation*, 88, 1973-1988.

Kaplan, H. & Sadock, J. (Eds.). (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (6a. ed., Vol. 2). EE.UU.

- Karasek, R; Theorell, T; Schwartz, J. (1982). Job, psychological factors and coronary heart disease: Swedish prospective findings and U.S. prevalence findings using a new occupational inference method. *Adv Cardiology*, 29, 62-87.
- Kapuku, K; Treiber, A; Davis, C. (2002). Relationships among socioeconomic status, stress induced changes in cortisol and blood pressure in african american males. *Annual Behavioral Medicine*, 24 (4). 320-325.
- Keckeisen, M. & Nyamathi, A. (1990). Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 25-33.
- Kennedy, E; Bownan, S. & Powell, R. (1999). Dietary fat intake in the U.S. population. *Journal American College Nutrition*, 18, 207-212.
- Kenneth, M. & Gregory, Y. (2002). Psychological factors in heart failure: A review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 162, (5) 509-516.
- Kerlinger, F.N. (2001). *Investigación del Comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. (4a. ed). México.: Mc Graw Hill.
- Ketterer, W; Mahr, G. & Goldberg, D. (2000). Psychological factors affecting a medical condition: Ischemic coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 357-367.
- Kessler, R; Neighbors, H. (1986). A new perspective on the relationships among race, social class and psychological distress. *Journal of health and social behavior*. 27: 107-115.
- Taylor, S. (1981). Stress, hypertension and ischaemic heart disease. In Kielholz, P; Siegenthaler, W; Taggart, P; Zanchetti, A. (Eds.). *Psychosomatic cardiovascular*

disorders, when and how to treat? 120-137. Switzerland.: Hans Huner Publishers.

Knowler, W; Pettitt, D; Saad, M. & Bennett, P. (1990). Diabetes Mellitus in the Pima Indians: Incidence, risk factors and pathogenesis. *Diabetes Metabolic Review*, 6, 1-27.

Kohlmann, W; Ring, C; Carroll, D; Mohiyeddini, C. & Bennett, P. (2001). Cardiac coping style, heartbeat detection, and the interpretation of cardiac events. *British Journal of Health Psychology*, 6, 285-301.

Krieger, W; Rowley, D; Herman, A; Avery, B; Phillips, M. (1993). Racism, sexism, and social class. implication for studies of health disease and well-being. *American Journal of Preventive Medicine*.

Krohne, H. & Laux, L. (Eds.). (1982). *Achievement, stress, and anxiety*. Washington, DC. EE.UU.: Hemisphere.

Kubzansky, D. y Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 323-337

Landau, I. (1997). *The new international Webster's student dictionary of the english language*. USA: Trident Press International.

Lawler, K; Willcox, Z; Anderson, S. (1995). Gender differences in patterns of dynamic cardiovascular regulation. *Psychosomatic Medicine*, 57, 357-365.

Lazarus, R. (1993) Coping Theory and Research: Past, Present and Future.
Psychosomatic Medicine, 55, 234-247

Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion.
American Psychology, 46, 519-834.

Lazarus, R; Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, EE.UU.:
Springer.

Lazarus, R; Kanner, A; y Folkman, S. (1980). Emotions: a cognitive phenomenological
analysis. In Plutchik, R; y Kellerman, H. (Eds.). *Theories of emotion*. (pp. 189-
217). New York, EE.UU.: Academic Press.

Lazarus, R; Lazarus, B. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras
emociones*. Barcelona, España: Paidós.

Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. (Alcoba, D. Trad.). España.: Seix Barral.

Lee, I. y Paffenbarger, R., (1998). Physical activity and stroke incidence: The Harvard
Alumni Health Study. *Stroke*, 29, 2049-2054.

León, J. (1958). *Bases de la conducta humana*. (Martínez, H. Trad.). Buenos Aires,
Argentina.: Libros Básicos.

Littman, A. (1993). Review of Psychosomatic Aspects of Cardiovascular Disease.
Psychoterapy and Psychosomatics, 60, 148-167.

Livneh, H. (1999) Psychosocial adaptation to heart diseases: The role of coping
strategies. *Journal of Rehabilitation*, 65, (3) 24-32.

- López, A. (1980). *Anatomía funcional del sistema nervioso*. México.: Limusa.
- López, V. (1999). *Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo hacia el SIDA en adolescentes*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Macleod, J., Smith, D., Heslop, P., Metcalfe, C., Carroll, D. y Hart, C. (2002). Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. *British Medical Journal*. 324, 1247-1251
- Manuck, S; Krantz, D. (1986). Psychophysiologic reactivity in coronary heart disease and essential hypertension. In: Matthews, L; Weiss, S; Detre, T; Dembroski, T; Falkner, B; Manuck, S. (Eds). *Handbook of stress, reactivity and cardiovascular disease*. New York, EE.UU.: John Wiley and Sons.
- Manuck, S; Kasprovicz, A; Monroe, S; Larkin, K; Kaplan, J. (1989). Psychophysiologic reactivity as a dimension of individual differences. In: Maslach, C; Schaufeli, B; Leiter, P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422.
- Meninger, K. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness*. New York, EE.UU.: Viking.
- Menkes, M., Matthews, K., Krantz, B. (1989). Cardiovascular reactivity to the cold pressor test as a predictor of hypertension. *Hypertension*, 14, 524-530.
- Moos, R; Brennan, P; Fondacaro, R; Moos, B. (1990). Approach and avoidance coping responses among on the problem drinkers. *Psychology and aging*, 5, 31-40.

Murberg, T. (2001). Coping and mortality among patients with congestive heart failure. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, (1) 66-80.

Murberg, T., Bru, E. y Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*, 32, (5) 775-784.

Murrieta, S. (2004). *Estudio comparativo en madres solteras y casadas con respecto al apego, los estilos de enfrentamiento, masculinidad, feminidad y bienestar subjetivo*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Navarro, G. (2001). *Enfrentamiento a los problemas cotidianos en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Oblitas, A. y Becoña, I. (2000) *Psicología de la salud*. México.: Plaza y Valdéz.

Olguín, H. y Sánchez, L. (2003). *Psicología de la salud: estrés y hábitos negativos de la salud*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Omar, G. (Ed.). (1995). *Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires, Argentina.: Lumen

Organización Mundial de la Salud (1999). Índices de mortalidad a nivel mundial. Recuperado el 12 de febrero de 2007. <http://www.oms.com.mx>

Organización Mundial de la Salud (1996). Índices de mortalidad a nivel mundial. Recuperado el 12 de febrero de 2007. <http://www.oms.com.mx>

Organización Mundial de la Salud. (2001). Índices de mortalidad a nivel mundial. Recuperado el 12 de febrero de 2007. <http://www.oms.com.mx>

Orozco, L. y García, C. (2004). Relación de la inteligencia emocional con los estilos de enfrentamiento que utilizan los estudiantes universitarios. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Paffenbarger, R, S, Jr; Hyde, R; Wing A. (1986). Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314, 605-613.

Pardo, A; Ruíz, M. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid, España.: Mc Graw Hill.

Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In Plutchik, R; y Kellerman, H. (Eds). *Emotion: Theory, Research and Experience*, (Vol. 1). New York, EE.UU.: Academic Press.

Rabkin, J., Struening, E. (1976). *Life events, stress and illness*. 194, 1013-1020.

Rahe, R.H., Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies: past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 4, 3-15.

Roberts-Field, J; Olsen, H. (1980). Stress management; a multimodal approach. *Psychotherapy Psychosomatic*. 34, 233-240.

- Robinson, L., Corbett, O., Spurlock, H. (1996). The Effects of Physical and Mental Stress on Cardiovascular Reactivity in a Group of African American Female College Students. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, (6), 543-553.
- Rodríguez, C., Corbacho, G., Martínez, R., González, A. y Pulido. (1997). Type A Behaviour With ERCTA SCALE in normal subjects and coronary patients *Revista Clínica y Salud*, 8 (2) 347-356 .
- Rosenman, R; Chesney, M. (1981). Psychological Profiles and Coronary Heart Disease. In: Kielholz, P; Taggart, W; Zanchetti, A. (Eds). *Psychosomatic Cardiovascular Disorders, When and How to treat?* Bern Stuggart Vienna, Switزرerland.: Hans Huber Publishers.
- Salín, P. (2003). *Psiquiatría en medicina interna*. México.: Mc Graw Hill.
- Sarason, I. (1983). *Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. México.: Trillas
- Sauter, S; Murphy, L. (1995) (Eds). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, D.C, EE.UU.: American Psychological Association.
- Scheidt, S. (2000). The current status of heart-mind relationships. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 317-320.
- Scherck, L. (1992). Coping with acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, 21, 327-334.
- Scherer, K. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99, 143-165.

Schneider, G. (1988). *Aspectos psicosomáticos de la cardiopatía*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Schneiderman, N. (1987). Psychophysiologic factors in atherogenesis and coronary artery disease. *Circulation*, 76, 41-47.

Schneiderman, N., Weiss, S., Kaufmann, P. (Eds). *Handbook of research methods in cardiovascular behavioral medicine*. New York, EE.UU.: Plenum Press.

Schroeder, H. y Costa, T. (1984). Influence of life event stress on physical illness: Substantive effects or methodological flaws? *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, (4) 853-863.

Sesso, H., Kawachi, I., Vokonas, P., Sparrow, D. (1998). Depression and the risk of coronary heart disease in The Normative Aging Study. *American Journal of Cardiology*, 82, 851-856.

Shapiro, A. (1979). Non-A, non-B types: A parable for behaviorists. *Psychosomatic Medicine*. 41, 353-355.

Shapiro, A., Sloan, P., Bagiella, E., Kuhl, P., Anjivel, S. y Mann, J. (2000). Cerebral activation, hostility, and cardiovascular control during mental stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 48, 485-491.

Spielberger, C; y Sarason, I. (1976). *Stress and anxiety*. Spielberger, C; y Sarason, I. (Eds, Vol. 3). EE.UU.

Sodeman, W; y Sodeman, T. (1983). *Fisiopatología clínica*. (6a. ed.). México.: Interamericana.

Spielberger, C ; Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México.: Manual Moderno.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (2001). Índices de mortalidad a nivel nacional. Recuperado el 12 de febrero de 2007. <http://www.ssa.gob.mx>.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (2006). Índices de mortalidad a nivel nacional. Recuperado el 12 de febrero de 2007. <http://www.ssa.gob.mx>.

Stamler, J; Stamler, R; Neaton, J. (1993). Blood pressure, systolic, diastolic, and cardiovascular risks. U.S. Population Data. *Archives of Internal Medicine*. 153, 598-615.

Stephoe, A. (1981). *Psychological factors in cardiovascular disorders*. London.: Academic.

Stoney, C; Engebreston, T. (1994). Anger and hostility: Pottential Mediators of the gender difference in coronary heart disease. In: Siegmann, A; Smith, T. (Eds). *Anger, Hostility and the Heart*. (pp. 215-239). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Stoney, C., Davis, M., Matthews, K. (1987). Sex differences in psychological responses to stress and in coronary heart disease: a causal link? *Psychophysiology*, 24, 127-131.

- Sturges, L; Goetsch, V. (1996). Psychophysiological Reactivity and Heartbeat Awareness in Anxiety Sensivity. *Journal of Anxiety Disorders*. (10), 4, 283-294.
- Surgeon General's Report on Physical Activity and Health (SGRPAH): from the centers for disease control and prevention. (1996) *Journal of American Medical Association*, 276: 522.
- Swenson, R. y Clinch, J. (2000). Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: The role of psychosomatic medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 405-415.
- Tattersall, J; Farmer, W. (1985). The regulation of work demands and strain. Organizational risk factors for job stress. In Sauter, S; Murphy, L. (Eds). *Job Stress*. EE.UU.: *American Psychological Association*.
- The ENRICHD Investigators. (2000) Enhancing, Recovery In Coronary Heart Disease Patients. (ENRICHD): Study design and methods. *American Heart Journal*, 139, 1-9.
- The World Health Organization. MONICA Project. (1994). Ecological analysis of the association between mortality and major risk factors of cardiovascular disease. *International Journal of Epidemiology* 23: 505-516.
- Turner, R. J. (1994). *Cardiovascular reactivity and stress. Patterns of physiological response*. New York, EE.UU.: Plenum Press.
- Wannamethee, S; Shaper, A; Whinap, P. (1995). Smoking cessation and the risk of stroke in middle aged men. *Journal of American Medical Association*, 274, 155-160.

- Watson, J. (1924). *Behaviorism*. New York, EE.UU.: Peoples Institute.
- Wheatley, D. (1985). (Ed.). *Estrés y el corazón. Interacciones entre el sistema cardiovascular, el comportamiento y las drogas psicotrópicas*. México.: Compañía editorial continental, S.A. de C.V.
- 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, (2) 209-221.
- Wielgosz, T. y Nolan, P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.
- Wolfson, L. (1967). *Breve tratado de medicina psicosomática*. Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
- World Health Report (1999). *Making a difference*. Geneva, World Health Organization.
- Yeung, A., Vekshtein, V., Krantz, D. (1991). The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of coronary arteries to mental stress. *New England Journal of Medicine*, 325, 1551-1556.
- Zanatta, C. (2001). *Ansiedad y enfrentamiento: perfil psicodiagnóstico de una comunidad estudiantil de nivel superior*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Zavala, L; Reidl, L; Rivas, R. y Gutiérrez, R. (2005). *SWS-Survey. Instrumento de trabajo del grupo de investigación*: Laboratorio de investigaciones psicosociales, emociones y salud.

Zavala, L. (2002). *Las diferencias de género en la percepción de infidelidad e insatisfacción con la pareja como posibles causas de su separación*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.