

Zavala Yoe, Larizza; Verdejo Manzano, Marcos; Díaz-Loving, Rolando
Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía
isquémica

Psicología Iberoamericana, vol. 23, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 7-15
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944230002>

Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía isquémica

Relation between stress and coping styles with the development of coronary heart disease

Larizza Zavala Yoe*, Marcos Verdejo Manzano y Rolando Díaz-Loving

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

RESUMEN

La investigación sobre enfermedades del corazón se asocia comúnmente con estrés, estilos de afrontamiento y factores de riesgo médicos. Se ha debatido si es la biología o la psicología la responsable de su origen y desarrollo. Si bien es cierto que los estilos de vida y la biología juegan un papel importante, el estrés como factor de riesgo psicológico y los estilos de afrontamiento en una experiencia estresante coadyuvan de forma significativa en la salud del individuo. Se realizó una investigación en 150 pacientes con cardiopatía isquémica para conocer la relación entre ésta con el estrés y el uso de estilos de afrontamiento. Además, se hizo una comparación con el grupo control en cuanto al uso de estilos de afrontamiento que describiera mejor a los pacientes. La hipótesis sostuvo que estresores y estilos de afrontamiento tenían una relación positiva con la enfermedad y que los pacientes afrontaban desadaptativamente en relación con el grupo control. Los resultados mostraron principales estresores: laborales, familiares, económicos, pérdidas personales y de la salud. Estos mismos correlacionaron positivamente con el uso de estilos de afrontamiento inadecuados (negación-evitación y con uno nuevo: culpa), cuyo resultado fue el desarrollo de la cardiopatía isquémica y recaídas graves (reinfarto), marcando diferencias entre los grupos.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica, estresores de vida, estilos de enfrentamiento.

ABSTRACT

Research on heart disease is commonly linked to stress, coping styles, and medical risk factors. It has been debated whether biology or psychology is responsible for its origin and development. Although lifestyles and biology certainly play an important role, stress as a psychological risk factor and coping styles in a stressful experience, are a major contributor in the individual's health. Research was carried out with 150 patients suffering coronary heart disease (ischemic heart disease) in order to ascertain how it is connected to stress and the use of coping styles. Also, a comparison was made with the control group in relation to the use of coping styles that might provide a better description of patients. According to the hypothesis, stressors and coping styles were positively related to the disease, revealing that patients coped desadaptively in relation to the control group. The results showed the main stressors (employment, family, financial, personal losses, and health), and that these also had positive correlations with the use of unsuitable coping styles (denial-avoidance and a new one: blame), resulting in the development of coronary heart disease and serious relapses (reinfarction), revealing sharp differences between groups.

Keywords: Coronary heart disease, life stressors, coping styles.

Fecha de recepción: 21 de agosto de 2014 - Fecha de aceptación: 11 de diciembre de 2014

*larissazy@yahoo.com.mx

Las enfermedades del corazón desde hace tiempo y hasta la actualidad ocupan los primeros lugares en los índices de mortalidad a nivel mundial y nacional (World Health Organization (WHO), 2014; INEGI, 2012; SSA, 2012). En México, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), (s/f) y la Secretaría de Salud (SSA), (2012), han revelado de manera consecutiva que una de las principales causas de mortalidad desde el año 2000 al 2012 sigue siendo la enfermedad isquémica del corazón. Variables fisiológicas 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 del miocardio con resultados fatales (Taylor, 1981). Los aspectos psicosociales de esta enfermedad han sido estudiados de manera amplia y hay fuerte evidencia de que el estrés psicológico es un factor de riesgo significativo para la morbilidad y mortalidad cardiaca (Razali, 2008).

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 (Espino, 1983). Tiene dos modalidades: a) La angina de pecho, que puede ser descrita como una molestia o un malestar en el pecho y/o en áreas adyacentes, pero sin necrosis miocárdica (Braunwald, Zipes & Libby, 2001), y b) el infarto agudo del miocardio, que 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 y produce la muerte del músculo (Espino, 1983).

En cuanto a correlatos de la enfermedad, el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos estima que el estrés causa aproximadamente el 75% de las visitas al médico. Esto involucra una serie de quejas físicas tales como el dolor de cabeza, de espalda, problemas del corazón, malestar estomacal, etcétera (Razali, 2008). De manera similar, en España la situación es crítica también, ya que las visitas al médico y al área de urgencias por motivo de estrés laboral son alarmantes. Las enfermedades que más se reportan son las cardiovasculares y las infecciones respiratorias, entre otras. Esto genera cuantiosas pérdidas económicas para las empresas y su productividad. Sólo

en los años 2006 y 2007 el coste monetario ascendió a 145.26 millones de euros debidos a las visitas al médico general y al servicio de urgencias (González & Gamero-Burón, 2013).

El estrés es definido como un proceso en el cual las demandas del medio ponen en tensión a un organismo adaptado, trayendo como resultado cambios a nivel psicológico y biológico y que pueden devenir en enfermedad. El factor crítico asociado con el estrés es su efecto crónico del que es responsable a través del tiempo. Los estresores crónicos incluyen molestias diarias como frustración, sobrecarga de trabajo, dificultades financieras, conflictos maritales, problemas familiares, divorcio, nacimiento del primer hijo, la muerte del cónyuge, enfermedades graves, los abusos sexuales, la muerte de un hijo y las catástrofes naturales; todas estas causas tienen una escala de evaluación que se califica como severa (Davidoff, 1984). Diversos estudios señalan que los pacientes con infarto del miocardio tienen niveles más altos de estrés laboral, estrés en el desempeño las actividades del hogar, estrés generalizado y por problemas financieros. Los resultados también indican que el número de eventos estresantes en el año previo se asocia con un incremento de desarrollo de enfermedad cardíacas (Kent & Shapiro, 2009).

El afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación con su ambiente, que evalúa como estresantes y las emociones que eso produce (Folkman & Lazarus, 1986). La teoría del afrontamiento como un proceso enfatiza que por lo menos existen dos funciones principales de afrontamiento: el que se orienta al problema, y el relacionado con la emoción. El afrontamiento orientado al problema significa modificar la situación conflictiva que existe entre la persona con su ambiente, actuando sobre éste o sobre uno mismo. El afrontamiento orientado a la emoción significa cambiar el modo en que la situación estresante con el medio es percibida o el significado de lo que sucede, lo cual mitiga el estrés aun cuando las condiciones actuales del problema no hayan cambiado (Lazarus, 1993). El modelo transaccional del estrés sugiere que un individuo y su ambiente están en una relación dinámica y bidireccional (Lazarus & Folkman, 1984). La evaluación primaria involucra un proceso a través del cual la persona evalúa si las interacciones con el ambiente son relevantes para su

bienestar. La evaluación secundaria incluye una valoración de lo que puede hacerse para manejar la situación. Es decir, la evaluación primaria determina si un evento es percibido como estresante, mientras que la secundaria determina qué estrategia de enfrentamiento podría usarse (Martin *et al.*, 2011).

El estado de salud-enfermedad es un binomio que en muchas ocasiones no se explica de manera satisfactoria si no existe una causa orgánica físicamente visible; por eso es menester poner atención en el psiquismo. Jerlock, Gaston-Johansson, Kjellgen y Welin (2006) estudiaron la relación entre estilos de afrontamiento y salud. Trabajaron con una muestra de pacientes que presentaban dolor inexplicable en el pecho, sin la existencia de síntomas orgánicos. Se evaluaron experiencias importantes como estrés en la casa, en el trabajo, la muerte de un familiar, la experiencia de divorcio, estar desempleado, tener inseguridad en el trabajo, haber tenido fuertes problemas económicos y eventos que condujeran a consecuencias legales. Las estrategias de afrontamiento que se emplearon fueron la confrontativa y algunas paliativas. Se encontró que los eventos más estresantes y comunes en los pacientes fueron los relacionados con los parientes cercanos, con familiares que habían tenido una enfermedad grave hasta la muerte o tensión en el trabajo por sentirse incapaces de soportar la carga laboral. Fue evidente la relación entre el afrontamiento emotivo y el dolor intenso en el pecho. Similarmente, Karasek, Theorell y Schwartz (1982) demostraron que trabajadores con un alto grado de tensión en sus trabajos tenían una alta prevalencia de infarto agudo del miocardio.

MÉTODO

Planteamiento del problema

Es necesario el conocimiento de los factores psicológicos que intervienen en las enfermedades del corazón, en aras de desarrollar programas preventivos de salud.

Objetivo: El propósito de la presente investigación es conocer si existe relación entre los estresores y los estilos de afrontamiento con la cardiopatía isquémica y realizar una comparación en el uso de los estilos de afrontamiento entre los pacientes y el grupo control, para describir mejor las características de los primeros.

Hipótesis: Los estresores y los estilos de afrontamiento

tiene una correlación positiva con la cardiopatía isquémica; además, existen diferencias entre los grupos en cuanto al uso de los estilos de afrontamiento, siendo los pacientes los que utilizan más los estilos desadaptativos.

Participantes

Se trabajó con un total de 150 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (infarto agudo del miocardio y angina de pecho estable e inestable) del Instituto Nacional de Cardiología (Dr. Ignacio Chávez) y su respectivo grupo control conformado por 150 personas sin diagnóstico de enfermedad. Cabe señalar que en el grupo de enfermos no se encontraron en su totalidad diagnósticos únicos como infarto o angina de pecho estable e inestable. Muchos de estos pacientes tenían diagnóstico de infarto o angina de pecho estable e inestable combinados con una historia de postinfarto, angina crónica o postintervencionismo, etcétera. De todos los pacientes, 77.3% ($n=116$) fueron hombres y 22.7% ($n=34$) fueron mujeres. La edad osciló en un rango de 37 a 84 años y el promedio fue de 62.04 años. El estado civil indicó que el 68% ($n=102$) personas eran casadas y el resto eran divorciadas, separadas, vivían en unión libre, eran viudos o solteros. En cuanto a los factores de riesgo coronario, el 52.7% ($n=79$) tenían el colesterol alto, el 62.7% ($n=94$) eran hipertensos, y la minoría presentaba problemas como diabetes o el factor hereditario de la enfermedad. Por su misma condición casi nadie fumaba, pero sí lo habían hecho en el pasado de manera importante. Todos los participantes reconocieron haber tenido experiencias estresantes en sus vidas, y en el caso de los pacientes, estas experiencias contribuyeron significativamente con su enfermedad. El grupo control fue igualado en el reconocimiento de la vivencia de experiencias estresantes significativas (que fue un criterio de inclusión para ambos grupos), ocupación y edad. El promedio de edad para los controles fue de 60.3 años.

Instrumentos

Para obtener la validez de constructo y la confiabilidad de los instrumentos se realizó un análisis de validez y reconfiabilidad tanto para el cuestionario de estilos de afrontamiento de Folkman y Lazarus (1988), y validada para adultos mexicanos (Zavala, Andrade, Rivas y

Reidl, 2008) como para el instrumento de estrés en su versión modificada de Gutiérrez y Ostermann (Zavala, 2007), denominado en el presente trabajo como inventario de estrés por las características afirmativas de su contenido. Las formas de respuesta para el inventario de estresores medían tres cosas: frecuencia, intensidad y emoción asociada al momento de vivir el estresor. La intensidad del estresor abarcaba un rango de opciones que iban desde muy severas hasta no significativas. Es importante subrayar que para estos cálculos los estresores se orientaron hacia la intensidad percibida, porque así los individuos habían evaluado a los estresores como dañinos, peligrosos o que incluso los habían puesto en riesgo, no por su frecuencia (porque esto indicaba qué tan comunes habían sido en la vida de las personas). Las opciones de respuesta que midieron la frecuencia de los estresores también fue por intervalos y oscilaban en una escala que iba de muy frecuentemente=5 a nunca=1. En la validez de constructo se calculó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y, para la confiabilidad, se obtuvieron los valores de las alphas respectivamente. Para los estresores del inventario los datos se agruparon en cinco factores: 1) Insatisfacción-tensión laboral: que abarcaba aspectos como problemas con el jefe, tensiones y conflictos laborales o falta de reconocimiento de las actividades realizadas en el trabajo. 2) Pérdidas personales y de la salud: que hacía referencia a padecimientos de enfermedades crónico-degenerativas y pérdidas de bienes personales, muerte de seres queridos. 3) Conflictos sociales-legales: zona de vivienda ruidosa e insegura, y en materia legal: problemas relacionados con testamentos, fraudes, posesión y cesión de bienes, problemas legales en general. 4) Conflictos familiares-económicos: problemas económicos, pérdida de dinero, jubilación y desempleo, problemas familiares: pareja, parientes políticos. 5) Inseguridad laboral-social: haber sido víctima de violencia social, robo, y tener la sensación de incumplimiento del contrato laboral y hasta la pérdida del empleo. El valor de alpha de Cronbach total fue de .61

Para el instrumento de estilos de afrontamiento se constituyeron cuatro factores:

1) Reevaluación positiva: que significa quedarse con las cosas positivas de las experiencias negativas, siendo creativo. 2) Negación-evasión: cuando las per-

sonas niegan la existencia del problema a enfrentar y al mismo tiempo lo evaden (cabe señalar que este estilo en la presente investigación se constituyó en uno solo –a manera de binomio– en relación con los originales y que reportan por separado) (Folkman & Lazarus, 1988); (Zavala *et al.*, 2008); (Kohlmann, Ring, Carroll, Mohiyeddini & Bennett, 2001); (Livneh, 1999); (Martin *et al.*, 2011). 3) Culpa: que incluía sentimientos de autoculpa por haberse criticado a sí mismo, tratado de compensar el problema o por haberlo causado (este estilo fue otro nuevo que se conformó en la presente investigación). 4) Distanciamiento: que es alejarse emocionalmente del problema o situación angustiante que es necesario resolver. Las opciones de respuesta eran de intervalos de 3=Sí, totalmente, a 0=No, de ninguna manera. El valor total de alpha fue de .61

PROCEDIMIENTO

Se solicitó el permiso a las autoridades del Instituto Nacional de Cardiología (Dr. Ignacio Chávez) para trabajar con un grupo de pacientes con diagnóstico médico de cardiopatía isquémica (infarto agudo del miocardio y angina de pecho estable e inestable) con la finalidad de evaluar los estresores de vida y los estilos de afrontamiento que habían empleado respectivamente y desde una mirada retrospectiva. Después se acudió al Servicio de Consulta Externa para tener acceso a los enfermos, explicándoles el objetivo de la investigación, su importancia y su carácter anónimo. Se solicitó su consentimiento informado por escrito. Se aplicaron varias medidas psicológicas y se llenó un formato que proporcionó información sobre los factores de riesgo que cada paciente tenía y que fueron tomados de sus expedientes clínicos. Para el grupo control que se obtuvo de la misma institución la logística fue la misma.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis de frecuencias que describió los factores de riesgo coronario presentes en los pacientes, siendo los más frecuentes: hipertensión 62.7% ($n=94$), hipercolesterolemia 52.7% ($n=79$), herencia 40% ($n=60$), diabetes mellitus 34% ($n=51$) y el estrés (de acuerdo con las medidas de autorreporte de los enfermos). Del total de los pacientes ($N=150$), el 45.3% ($n=68$) fueron diagnosticados con infarto del miocardio, 2.7% ($n=4$) con angina inestable, 0.7%

($n=1$) con angor estable y el resto de ellos padecían una combinación de infarto y angioplastia, infarto y angor de esfuerzo, angina postinfarto, angina de reciente comienzo, etc., todas estas modalidades incluidas en el marco de la cardiopatía isquémica. Los estresores más comunes (medidos en su intensidad) fueron varios, pero entre los que más destacaron estuvieron: 1. El diagnóstico de la enfermedad del corazón, 95.3% ($n=143$). 2. Problemas económicos, 78.7% ($n=118$). 3. Conflictos con la pareja, 51.3% ($n=77$). 4. Cuando los hijos se van del hogar (nido vacío), 42.7% ($n=64$). 5. Metas propias incumplidas, 40.1% ($n=60$). 6. Víctima de robo, 36% ($n=54$) y tensión laboral en general, 36% ($n=54$) (Tabla 1).

Al preguntarles verbalmente a los pacientes si habían considerado al estrés como posible causa de su padecimiento o su reincidencia, todos dieron respuestas afirmativas. Esto indicó que el estrés crónico, sostenido e intenso, se asoció no sólo con su enfermedad del corazón sino con recaídas manifestadas en enfermedades posteriores como postinfartos, anginas de pecho u otros padecimientos como la enfermedad cerebral vascular (ECV) que ellos mismos reconocieron en la entrevista y que los hizo regresar al hospital. Las experiencias más estresantes a las que los pacientes

se refirieron en una pregunta abierta del cuestionario de estrés (respuesta libre), fueron, en primer lugar y por considerar las tres más frecuentes: 1. El diagnóstico de enfermedad del corazón en sí, 21.3% ($n=32$). 2. La muerte de un familiar, 20.7% ($n=31$). 3. Tener problemas económicos, 11.3% ($n=17$); que si observamos, las dos primeras se pueden agrupar como pérdidas. Por otro lado, se realizó un análisis de correlación bivariada de Pearson, entre los estresores y los estilos de afrontamiento en relación con la cardiopatía isquémica, para conocer si estas variables se asociaban positivamente con la enfermedad. Los datos mostraron que a mayor insatisfacción laboral y tensión en el trabajo los pacientes recurrieron más al uso del estilo de afrontamiento de culpa ($r=.252$, $sig=.002$). Entre más pérdidas personales (muertes de seres queridos) y del estado de salud (enfermedad del corazón), existió una mayor tendencia de enfrentar negando-evitando ($r=.156$, $sig=.056$) y entre más conflictos familiares y económicos tenían, más negación-evasión hubo ($r=.181$, $sig=-.027$). El estresor conflictos sociales legales no se asoció con ningún estilo de enfrentamiento, y la reevaluación positiva tampoco correlacionó con ningún estresor de manera significativa. Los resultados se pueden apreciar en la tabla 2.

Tabla 1. Frecuencia e intensidad de los estresores más comunes en los pacientes N=150

Estresor	Frecuencia	%	Intensidad: Moderada a muy severa
Diagnóstico de enfermedad del corazón	143	95.3	3.96
Problemas económicos	118	78.7	3.27
Conflictos con la pareja	77	51.3	2.64
Cuando los hijos se van del hogar (Nido vacío)	64	42.7	2.27
Metas propias incumplidas	60	40.1	2.18
Víctima de robo	54	36	2.19
Tensión laboral en general	54	36	2.13

Nota: Los estresores son afirmaciones del inventario de estrés, que fueron evaluados en una intensidad de leve a muy severa por los pacientes. Se presentan los más significativos.

Tabla 2. Correlación estresores y estilos de afrontamiento. N=150

Estresores	Estilos de afrontamiento	
	Culpa	Negación-evasión
Insatisfacción-tensión laboral	.252 **	
Pérdidas personales y de la salud		.156 *
Conflictos familiares-económicos	.181 *	

*p< .05 **p<.01

Por tanto, sólo tres estresores y tres estilos de afrontamiento (los desadaptativos) correlacionaron con el desarrollo de la cardiopatía isquémica para esta muestra. Los hallazgos del presente trabajo también mostraron que los estilos de afrontamiento de negación-evasión y culpa sólo produjeron resultados más negativos en los pacientes, ya que en el caso de las pérdidas (en un análisis exhaustivo y cualitativo de las entrevistas con ellos) nos pudimos percatar que al cumplirse un año de haber sucedido, los pacientes presentaron recaídas y más síntomas clínicos de enfermedad del corazón, que incluso los hizo regresar al hospital con diagnósticos posteriores de reinfarto;

y para las pérdidas recién sucedidas, los pacientes se mostraron muy tristes, decaídos y negadores. Para concluir con los análisis del estudio, se corrió una prueba *t de student* para conocer las diferencias entre el grupo de pacientes y controles con respecto a los estilos de afrontamiento, encontrando que la negación-evasión $t(150)=-2.55$, $p<.01$; el distanciamiento $t(150)=-3.21$, $p<.01$; y la culpa $t(150)=-3.54$, $p<.01$; tuvieron calificaciones estadísticamente significativas sólo para los pacientes, quedando fuera del análisis el estilo de afrontamiento de reevaluación positiva, hecho que significó que sólo el grupo de los enfermos recurrió a estas formas inadecuadas de afrontar (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba *t* de student para comparar el uso de los estilos de afrontamiento entre los pacientes y no pacientes. N=300.

Estilo de afrontamiento	N	\bar{X}	t	GI	Sig. bilateral
NEGACIÓN-EVASIÓN:					
Control	150	4.61	-2.55	298	.011
Paciente	150	5.56	-2.55		
CULPA					
Control	149	3.09	-3.53		
Paciente	150	4.15	-3.54	294	.000
DISTANCIAMIENTO:					
Control	150	5.43	-3.21		
Paciente	150	6.40	-3.21	298	.001

Nota: Los pacientes fueron los que recurrieron al uso de estilos de enfrentamiento desadaptativo en comparación con el grupo control

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo mostraron que los principales estresores para los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica se refirieron a tres áreas de la vida: 1. Laboral, 2. Pérdidas-salud y 3. Problemas con la familia y economía. Todos los estresores (factores conformados), exceptuando el área social-legal, correlacionaron positivamente con tres de los cuatro estilos de afrontamiento encontrados: 1. Culpa, 2. Negación-Evasión y 3. Distanciamiento. El estresor de insatisfacción y tensión en el trabajo correlacionó significativamente con el estilo de afrontamiento de culpa. Estos problemas se explicaron en términos de conflictos con el jefe y con compañeros de trabajo, sobrecargas, tensiones laborales y problemas de fraudes con socios. Algunos autores que han estudiado la culpa (Fontaine, Estas, Corveleyn, Herrera & Fernández, 2001) señalan que ésta se hace más importante cuando la persona transgrede algún estándar interno, a diferencia de la vergüenza, que se enfoca más a lo externo. En algunos grupos culturales (en específico los de occidente) las personas están más centradas en sus normas de conducta personales internas, por lo que tienen mayor propensión a reaccionar con culpa cuando se viola una norma. La culpa está ligada al castigo y a un código ético y moral internalizado. Por ende, parece existir relación con una descripción tópica de personalidad más superyoica, en términos psicoanalíticos. La culpa, por tanto, conduce a padecer y pagar del sujeto culpable y responsable (Ábrego, 2010). Desde el punto de vista de las emociones, los sentimientos excesivos de culpa constituyen un criterio para el diagnóstico de depresión, incluso (Fontaine *et al.* (2001)), se ha señalado que la tristeza se encuentra relacionada con la culpa.

Otro estilo de afrontamiento inadecuado se observó en la negación-evasión ante el estresor de pérdidas personales y de la salud (pérdida de bienes inmuebles, problemas serios con hijos adictos, diagnóstico de cáncer y enfermedad del corazón en los pacientes). Las pérdidas son una de las experiencias de vida más difíciles que una persona puede soportar, en virtud de la demanda emocional que requiere dicho evento para adaptarse a la nueva situación, las personas que no pueden afrontarlas niegan, evaden o se distancian. Lazarus y Lazarus (2000) afirman 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. Además, un duelo lleva un tiempo de elaboración que en ocasiones las personas no pueden superar. Como el duelo implica un conjunto de reacciones emocionales ante una falta, suceden una serie de cambios negativos en el estatus social, económico y de la salud, por lo que se considera una de las cinco dimensiones afectivas que experimentan los pacientes internados en hospitales generales y se le asocia con complicaciones físicas y emocionales a largo plazo (Millán-González & Solano-Medina, 2010), por lo que un sujeto en duelo queda vacío (Elmiger, 2010). Cabe señalar que los pacientes no afrontan un solo duelo, también viven otro tipo de pérdidas al mismo tiempo, como las económicas, por ejemplo. Estas situaciones agravan más su condición. En estudios con muestras similares, Jerlock *et al.* (2006), se señala que los eventos de vida estresantes para los pacientes habían sido: 1. El padecimiento de enfermedades graves familiares, 2. Muerte de parientes cercanos, 3. Inseguridad en el trabajo, 4. Problemas económicos y 5. Eventos con consecuencias legales. Asimismo, la literatura sobre el estrés muestra que los estresores que parecen persistir están más relacionados con problemas financieros, conflictos en el trabajo, pérdidas o conflictos familiares. Dohrenwend (1998) sostiene que los eventos que causan adversidad son, en general, los que ocurren en situaciones extremas, como el ser víctima de desastres naturales, de abuso infantil o sexual, el padecer alguna enfermedad física, el estar pasando por un duelo, la separación marital o divorcio y el desempleo.

Los conflictos familiares y económicos encontrados en la presente investigación trajeron como resultado un afrontamiento de culpa también. Problemas con la pareja o con parientes políticos, incluso con los hijos, eran las variables que más describían los pacientes. Littleton (2001) reveló que la disolución de la unidad familiar es vista como un indicador de desorden social e inestabilidad, y produce desajustes importantes. Taylor (1981) puntualizó que los indicadores a la susceptibilidad de padecer enfermedades del corazón están relacionados con historias familiares o enfermedades cardiovasculares prematuras, diabetes, gota

o hipertensión. Por su parte, Haynal y Pasini (1980) consideran que son factores de riesgo psicológico para la enfermedad coronaria aquellas personas que: 1. Tienen el sentimiento de tener pesadas cargas familiares, 2. Presentan tendencias agresivas competitivas, y 3. Están expuestos a situaciones de estrés que obedecen a problemas internos y externos, razones por las cuales están reaccionando con culpa. Moyano, Icaza, Mujica, Núñez, Leiva, Vásquez... Palomo (2011) aseveraron que los efectos de las variables emocionales sobre el riesgo cardiovascular se producen cuando son de índole crónica y se manifiestan inadecuadamente, lo que lleva a mayores riesgos de enfermedad, hecho que concuerda con los hallazgos del presente estudio en la vivencia de la intensidad y cronicidad de los estresores. Kent y Shapiro (2009) revelaron en una investigación a nivel internacional con pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio y sus respectivos controles, que cuatro fueron los eventos principales de vida que se evaluaron con una alta prevalencia de estrés: 1) el estrés que se vive en casa, 2) el estrés en el trabajo, 3) el estrés generalizado y 4) el estrés por problemas financieros. De manera interesante, encontraron que el número de eventos de vida que habían ocurrido el año anterior también habían sido asociados con el incremento de riesgo de infarto, creando un efecto acumulativo a largo plazo, lo que concuerda con la presente investigación, específicamente en el caso de la muerte de seres queridos, el desempleo y los problemas financieros. Esto muestra cómo el estrés crónico

afecta de forma severa la salud, resultado que también es consistente con el presente trabajo. En su incremento, también el estrés tiende a ser más frecuente en los pacientes que en los grupos control, usando más el estilo de afrontamiento orientado a la emoción (Akbari, Mahmood & Aslanabadi, 2010).

Finalmente, los estilos de afrontamiento empleados ante los estresores fueron comparados entre los pacientes y los no pacientes, donde se encontró que el grupo de enfermos tuvieron estilos de afrontamiento orientados a la emoción (negación, evasión, distanciamiento y ahora culpa) y los no pacientes. Estas discrepancias también han sido evidentes en trabajos como los de Akbari, Mahmood y Aslanabadi (2010), Kohlmann *et al.* (2001), Steptoe (1981). Al parecer, al referirnos a los pacientes hablamos de perfiles de personalidad específicos con patrones de respuesta estereotipados. Por tanto, se comprueba la hipótesis de la existencia de correlaciones positivas entre estresores y estilos de afrontamiento desadaptativos para los pacientes y las diferencias entre los grupos en los modos de encarar los problemas. La conclusión de este trabajo subraya la necesidad de crear programas de intervención psicológica por parte de las instituciones de salud para los pacientes y las personas que pueden estar en riesgo de enfermar. Si bien es cierto que los programas de rehabilitación física y cuidados médicos son importantes, el apoyo emocional no se puede dejar de lado para el individuo que es construido y concebido como una unidad mente-cuerpo. ♦

REFERENCIAS

- Ábrego, J. (2010). Reseña de "Entre deudas y culpas: sacrificios. Crítica de la razón sacrificial" de Martha Gerez Ambertín". *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 10(1), 305-311.
- Akbari, M., Mahmood, M., Aslanabadi, N. (2010). Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: role of gender factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(4), 368-376.
- Braunwald, E., Zipes, P. & Libby, P. (2001). *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine* (6a. ed., Vols. I-2). EE.UU.
- Davidoff, L. (1984). *Introducción a la psicología*. México: McGraw Hill.
- Dohrenwend, B. (1998). *Adversity, stress and psychopathology*. New York City, USA: Oxford University Press.
- Elmiger, M. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 10(1), 13-33.
- Espino, V. (1983). *Introducción a la Cardiología*, D.F., México: Méndez Oteo.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. USA.: Consulting Psychologists Press.

- Fontaine, J., Estas, C., Corveleyn, J., Herrera, D. & Fernández, M. (2001). Análisis comportamental de experiencias de culpa y vergüenza en Lima: reporte preliminar. *Persona*, 4, 201-224.
- González, M. y Gamero-Burón, C. (2013). Coste de las visitas médicas y urgencias asociadas al estrés laboral en España. *Estudios de Economía Aplicada*, 31(2), 417-443.
- Haynal, A. y Pasini, W. (1980). *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona, España: Toray-Masson.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (s.f.). Índices de mortalidad a nivel nacional, 2000 a 2012. Recuperado el 28 de febrero de 2014, de <http://www.inegi.gob.mx>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). Índices de mortalidad a nivel nacional, 2000 a 2012. [Http://www.mexicomaxico.org/voto/MortalidadCausas.htm](http://www.mexicomaxico.org/voto/MortalidadCausas.htm)
- Jerlock, M., Gaston-Johansson, F., Kjellgen, K. & Welin, C. (2006). Coping strategies, stress, physical activity and sleep in patients with unexplained chest pain. *BMC Nursing*, 5(7).
- 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.
- Kent, L. & Shapiro, P. (2009). Depression and related psychological factors in heart disease. *Harv. Rev. Psychiatry*, 17, 377-388.
- 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.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona, España: Paidós.
- Littleton, M. (2001). The relationship between stress, coping, and cardiovascular disease risk in African American women living in rural Alabama. (Tesis doctoral inédita) University of Alabama, Alabama, Estados Unidos de América.
- Livneh, H. (1999). Psychosocial adaptation to heart diseases: the role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation*, 65(3), 24-32.
- Martin, L., Doster, J., Critelli, J., Purdum, M., Powers, C., Lambert, P. et al. (2011). The “distressed” personality, coping and cardiovascular risk. *Stress and Health*, 27, 64-72.
- Millán-González, R., Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388.
- Moyano, E., Icaza, G., Mujica, V., Núñez, L., Leyva, E; Vásquez, M. et al. (2011). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares en población urbana chilena. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 443-453.
- Razali, S. (2008). Life event, stress and illness. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 15(4), 9-18.
- Secretaría de Salud. (2012). *Índices de mortalidad a nivel nacional*. [Http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/m_005.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/m_005.xls)
- Steptoe, A. (1981). *Psychological factors in cardiovascular disorders*. Londres, Inglaterra: Academic.
- Taylor, S. (1981). Stress, hypertension and ischemic heart disease. En Kielholz, P., Siegenthaler, W., Taggart, P. & Zanchetti, A. (Eds.). *Psychosomatic cardiovascular disorders, when and how to treat?* (pp. 120-137). Vienna, Switzerland: Hans Huner Publishers.
- World Health Organization (2014). Mortalidad debida a las ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES en el Mundo. [Http://es.globometer.com/mortalidad-accidentes-cardiovasculares.php](http://es.globometer.com/mortalidad-accidentes-cardiovasculares.php)
- Zavala, L. (2007). Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles factores asociados a la cardiopatía isquémica (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Zavala, L., Andrade P., Rivas, R. y Reidl, L. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 10(2), 159-182.