

RELACION ENTRE LA CONDICION LABORAL ACTUAL, LAS ESTRATEGIAS
DE AFRONTAMIENTO, EL NIVEL DE ESTRÉS Y ANSIEDAD Y UNA MEDIDA
DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
CORONARIA

ANA MARIA CONVERS R.

MARIA DEL PILAR FONSECA M.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Facultad de Psicología

BOGOTA, FEBRERO 5 DE 2002

TABLA DE CONTENIDO

JUSTIFICACION, 6

SUSTENTACION TEORICA, 9

PROBLEMA, 45

HIPOTESIS, 45

OBJETIVOS, 46

 Objetivo General, 46

 Objetivos Específicos, 46

VARIABLES, 47

TIPO DE INVESTIGACION, 48

POBLACION, 49

MUESTRA, 50

INSTRUMENTOS, 50

CONSIDERACIONES ETICAS, 54

PROCEDIMIENTO, 54

RESULTADOS, 57

DISCUSION, 66

REFERENCIAS, 73

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

- TABLA 1. Promedio de las diferentes variables, 58
- TABLA 2. Tabulación cruzada de Medida de Riesgo Cardiovascular y Estrés, 60
- TABLA 3. Resultados de la Prueba Chi Cuadrado entre Estrés General y la Medida de Riesgo Cardiovascular, 61
- TABLA 4. Tabulación cruzada de Medida de Riesgo Cardiovascular y Trabajo actual, 62
- TABLA 5. Resultados de la Prueba Chi Cuadrado entre el Trabajo Actual y la Medida de Riesgo Cardiovascular, 62
- TABLA 6. Tabulación cruzada de Medida de Riesgo Cardiovascular y Respuesta de Ansiedad, 63
- TABLA 7. Resultados de la Prueba Chi Cuadrado entre la Respuesta de Ansiedad y la Medida de Riesgo Cardiovascular, 64
- TABLA 8. Resultados del Valor de Significancia de las Subescalas de Afrontamiento relacionadas con la Medida de Riesgo Cardiovascular, 65

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Distribución de la Condición Laboral en la población, 59

FIGURA 2. Distribución de la Condición Laboral luego de ser dicotomizada,
59

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICA 1. Presencia de Búsqueda de Apoyo Social vs. Presencia de Medida de Riesgo Cardiovascular, 65

RELACION ENTRE LA CONDICION LABORAL ACTUAL, LAS
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, EL NIVEL DE ESTRÉS Y ANSIEDAD
Y UNA MEDIDA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD CORONARIA.

Rodríguez María Clara^{*}, Echeverry María Mercedes[°]
Convers Ana María, Fonseca María del Pilar

Condición Laboral (26990) Afrontamiento (11740) Estrés (50170)
Ansiedad (03310) Enfermedad Coronaria (22480)

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la relación entre la condición laboral actual, las estrategias de afrontamiento el nivel de estrés y ansiedad, y una medida de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria. Se realizó con los pacientes que asistían al Programa de Rehabilitación Cardíaca en la Fundación Cardio Infantil, cuyas edades oscilaban entre los 30 y 70 años. Se utilizaron tres instrumentos, la Escala de Modos de Afrontamiento (Lazarus y cols 1986), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA (Tobal y Cano, 1994) y la Escala de Apreciación del Estrés (Fernandez y Mielgo, 1996), de la cual se aplicó la Escala General de Estrés (EAE-G). El análisis de los resultados se llevó a cabo mediante la utilización de la Prueba Chi Cuadrado a un nivel de significación del 0.05. Los resultados obtenidos mostraron que no se obtuvieron diferencias significativas al relacionar la medida de riesgo cardiovascular con las demás variables. En cuanto a las variables de estrés y la medida de riesgo cardiovascular, se encontró que la población presentó puntajes que las situaban dentro del rango normal para cada una de estas medidas; mientras que en la ansiedad se observó una tendencia a presentar un nivel de ansiedad de moderada a marcada.

La Revolución Industrial fue uno de los fenómenos que más ha marcado la historia de la humanidad desde diversos campos y puntos de vista. El enorme desarrollo tecnológico e industrial de la época, unido al otro gran desarrollo científico; el aumento del poder y el aumento de la masa trabajadora; el enorme desarrollo del capital y el inicio de su impresionante masificación; fueron algunos de los aspectos de esta Revolución que han tenido un alto impacto en

^{*} Directora del Proyecto. Psicóloga Universidad de los Andes, docente Universidad de la Sabana. [°] Codirectora del Proyecto, Médica Fisiatra Fundación Cardio Infantil.

la consolidación del mundo actual. Con todos estos cambios, se empiezan a generar muchas empresas, las cuales necesitan quién las trabaje, propiciando que la gente que está dispersa o situada en pequeños núcleos de población como pueblos o zonas rurales, se vean atraídas hacia la ciudad por la posibilidad de cubrir sus necesidades al tener un trabajo. Esto ha favorecido que la ciudad genere su propio desempleo masivo, el cual es originado por la explosión demográfica que se está viviendo, ya que la ciudad no tiene empleo para tanta gente, resultando sin embargo atractiva para el habitante rural, el cual va ocupando los empleos disponibles, dejando a los que siguen llegando desempleados, aumentando de esta manera la tasa de desempleo actual. A esta situación se le suma el propio rumbo del capitalismo, el cual va disminuyendo las oportunidades de empleo, ya que la adopción de la tecnología para mejorar la producción y disminuir la mano de obra, conlleva a la disminución de los empleos, trayendo en éstas últimas décadas consecuencias importantes como son el empobrecimiento de las mayorías, la inseguridad y la violencia entre otros.

Esta situación planteada repercute en la salud tanto física como mental de las personas, siendo las patologías cardiovasculares una de las consecuencias que puede observarse derivada de ésta situación. Es por esto que la Fundación Cardio Infantil procura implementar mejores protocolos de atención y generar soluciones razonables a las patologías cardiovasculares, teniendo en cuenta las características tanto del medio como de las personas que atiende, las cuales no pueden aislarse del contexto ni situación sociopolítica que las rodea, pues de una u otra manera dicha situación va a influir en la salud mental y física de cada uno de los pacientes. En particular, en nuestra sociedad algunas

de las características consisten en la dificultad de mantener o conseguir un empleo, los cambios económicos y sociales originados por el conflicto armado que se vive actualmente en el país y la incertidumbre en general que dicha problemática genera en cada uno de los ciudadanos. Teniendo en cuenta lo anterior se genera un interés por conocer más a fondo las repercusiones que puede tener éste nuevo estilo de vida en el proceso de rehabilitación cardiaca de los pacientes, así como en las estrategias de afrontamiento que utilizan y los niveles de estrés y ansiedad que manejan.

La Fundación Cardio Infantil dentro de los programas de intervención que plantea, desarrolla el Programa de Rehabilitación Cardiaca, el cual tiene por objetivo posibilitar el retorno a una vida activa y productiva, en el menor tiempo posible, teniendo en cuenta las incapacidades relacionadas con la enfermedad de la persona; de esta manera, pretende reintegrar al paciente al estado anterior a su enfermedad en los aspectos mental, social y ocupacional, mejorando así su calidad de vida.

La presente investigación responde a dicho interés de la Fundación, ya que por medio de éste estudio se pretende describir y conocer la relación entre la condición laboral actual, las estrategias de afrontamiento, el nivel de estrés y ansiedad, y una medida de riesgo cardiovascular de dicha población, como factores de riesgo; con el fin de poder en un futuro realizar la intervención al respecto.

Consideramos ésta investigación de interés para el Departamento de Salud Mental en cuanto que permitirá dirigir sus actividades y programas teniendo en cuenta las necesidades psicológicas reales de la población que asiste a la

Fundación, permitiendo la identificación de factores de riesgo de la misma que requieran atención psicológica o psiquiátrica.

Igualmente la filosofía de la Universidad de la Sabana está presente en ésta investigación, pues busca contribuir con soluciones reales a situaciones que se encuentran presentes en la sociedad actual y que están afectando diferentes esferas de la vida de las personas. En esta búsqueda de soluciones, es importante tener presente que se realiza a partir de un trabajo interdisciplinario que permite una mayor cobertura de conocimientos y posibles soluciones, siendo esto resultado de la acción articulada de la investigación y la docencia, aspectos fundamentales que busca promover la Universidad en el proceso de formación

Sustentación Teórica

En los últimos años, la situación laboral de las personas ha variado notablemente debido a la revolución generada por las nuevas tecnologías y otros aspectos del desarrollo mundial, lo que ha hecho que todo el ámbito global del empleo cambie su concepción de éste y la utilidad del ser humano en el mismo.

Esta revolución podría significar un menor número de horas de trabajo y mayores beneficios para millones de personas, adquiriendo una mayor libertad para llevar a cabo más actividades de tiempo libre. Sin embargo, esas mismas fuerzas tecnológicas podrían, a su vez, llevarnos a mayores niveles de desempleo.

Los trabajadores en su mayoría se sienten poco preparados para enfrentar esa situación de cambio; una encuesta realizada en 1994 por The New York Times, da como resultado que dos de cada cinco trabajadores

americanos expresaban una preocupación por un posible despido, por la obligación a una reducción de la jornada de trabajo, o por probables recortes en sus ingresos.

Esta situación no es ajena a América Latina, la cual presenta cambios constantes y en donde la pobreza se presenta en un porcentaje significativo de la población; igualmente conflictos políticos que en su mayoría desencadenan violencia en estos países, causando una inestabilidad política que afecta de una u otra manera a toda la población. Esta inestabilidad que se sigue viviendo, en algunos casos proviene de procesos históricos que han contribuido a ésta situación.

Cada país posee unas características propias en cuanto a lo político y social, siendo aspectos importantes de tener en cuenta para así comprender de una mejor manera su desarrollo.

En general América Latina presenta una economía con procesos de ajuste, con una gran presencia de procesos de integración económica; sin embargo ésta posible oportunidad de generar desarrollo ha sido disminuida o afectada por los sistemas políticos inestables existentes que se han presentado a partir de dictaduras militares, o focos revolucionarios que han generado conflictos graves con la lucha armada, existiendo movimientos populares o guerrilleros que retrasan cualquier posibilidad de cambio. Todas estas circunstancias son causantes de problemas como el alto índice de inflación, niveles preocupantes de desempleo, condiciones de pobreza en la mayoría de la población, una alta tasa de crecimiento, así como migración del campo a las ciudades.

Debido a esto se han marcado más los desequilibrios sociales y económicos, presentándose situaciones de pobreza absoluta y de indigencia; situación generada en gran medida por la falta de empleo.

Otro aspecto importante en este panorama es el político, en el cual se reúne la corrupción, los conflictos armados y la mala distribución del poder entre otros, generando crisis a nivel personal, familiar, institucional y comunitario.

A nivel social, se puede observar inestabilidad laboral, trayendo como consecuencia una disminución en los ingresos de la población afectando la dinámica familiar, ya que se comienzan a hacer restricciones y cambios en la forma de vida que se tenía, generando en algunas ocasiones dificultades para una adaptación al nuevo estilo de vida. Esto se puede ver reflejado principalmente en la disminución del poder adquisitivo de la población, el cual se ha reducido notablemente, limitando los gastos exclusivamente a lo necesario.

Se podría pensar que ésta inestabilidad laboral afecte más a las personas que no poseen una educación, pero por el contrario se está viendo que la educación ya no es una garantía para conseguir empleo, pues actualmente hay un crecimiento de personal profesional, lo que dificulta la consecución de trabajo rápidamente o encontrarlo a nivel profesional de acuerdo al área específica. Esto significa que la economía del país no está actualmente en la capacidad de absorber a todos los sujetos que están en edad productiva o que por ley se consideran de esta manera, esto aumentado por la situación política, económica y social por la que atraviesa el país.

Esta situación de incertidumbre ha ido generando un impacto psicológico sobre la clase trabajadora, ya que muchas personas se definen a sí mismos de acuerdo con su trabajo; debido a esto, para algunos el empleo es mucho más que la medida de unos ingresos, es la manera más importante de autovaloración, sintiéndose improductivos e inútiles cuando se enfrentan a una situación de desempleo.

Según Cottle, citado por Rifkin (1994), existen los “trabajadores desencantados” que son hombres y mujeres que han estado sin actividad durante seis meses o más y que están demasiado desmoralizados como para continuar buscando empleo. Un gran número de este tipo de trabajadores son los que provienen de los grupos sustituidos por los adelantos tecnológicos, hombres y mujeres cuyos empleos han sido eliminados por las nuevas tecnologías que permiten mayores ahorros en la mano de obra.

También se ha observado que éste tipo de trabajadores presentan síntomas de patologías similares a la de los pacientes a punto de fallecer, ya que en sus mentes, el trabajo está tan estrecha e íntimamente correlacionado con estar vivos que cuando pasan a formar parte de las filas de los desempleados, manifiestan síntomas clásicos de minusvalía. Estos sentimientos se van aumentando o manifestando de diferentes maneras, como lástima e inutilidad, que poco a poco van generando una pérdida de vitalidad en la persona al sentirse poco capaz de encontrar un nuevo trabajo.

De ésta manera, una situación laboral poco satisfactoria trae consecuencias psicológicas para las personas, no siendo éstas las únicas que se presentan, como señala Rifkin (1994), los desempleados también son

especialmente vulnerables a las enfermedades y a las epidemias. De acuerdo a estudios realizados por Mery Merva y Richard Fowles citado por Rifkin (1994) el aumento del desempleo, generó un incremento en las muertes como consecuencia de ataques al corazón y apoplejías. Igualmente, los desempleados están más predispuestos al estrés, a la depresión, a consumir mas alcohol, y cigarrillos; contribuyendo con esto a que se presenten estas situaciones que afectan la salud de la persona. Omar A. (1995), afirma que así como el trabajo puede constituir una importante fuente de estrés, el desempleo y la consiguiente búsqueda de otro trabajo, puede transformarse en un elemento mediatizador en la relación salud-estrés-enfermedad.

Igualmente estos cambios que se han ido presentando en el mundo laboral, han contribuido a que se presente un alto nivel de estrés en las personas trabajadoras, ya que actualmente se ven enfrentadas a una aceleración en el ritmo de producción, incremento en las tareas de trabajo y nuevas formas de coerción e intimidación hacia el trabajador para que cumpla con las exigencias del trabajo siendo estas en ocasiones exageradas.

Dentro de las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, actualmente se encuentra la enfermedad coronaria, siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo occidental. Su gran impacto dentro de la salud pública se debe a que afecta a personas en edades altamente productivas, que en muchos casos, pueden quedar inhabilitados para reinsertarse a la fuerza laboral (Blanco, 1994).

En términos generales, la enfermedad coronaria se refiere a las enfermedades causadas por la arteriosclerosis, que es el estrechamiento de las arterias coronarias, los vasos sanguíneos que proveen al corazón de sangre. Cuando estos vasos se estrechan o se taponan, el flujo del oxígeno y de sangre que nutre al corazón se obstruye total o parcialmente. La ausencia temporal de oxígeno y de sangre en el corazón suele producir dolor o angina de pecho que se puede extender a lo largo del brazo. Si la privación es severa puede ocurrir un infarto al miocardio (Taylor, 1995).

Existen factores de riesgo para la enfermedad cardíaca, los cuales se dividen en modificables o no. Los últimos son aquellos sobre los que no resulta posible ninguna intervención para disminuir la probabilidad de enfermedad: la edad, el sexo y los antecedentes familiares. Estudios (Affleck, Tennen, Croog, & Levine, 1987; De Valle & Norman, 1992; Mumma & McCorkle, 1982) citado por Weinman, Petrie, Sharpe y Walker (2000), que examinaron pacientes con Infarto del Miocardio encontraron que dentro de las causas más comunes se encontraban el estrés, los malos hábitos de salud, el consumo de alimentos poco saludables, el tabaquismo, y el sobrepeso.

En relación con la edad, el riesgo de padecer la enfermedad, aumenta de una manera aguda con el paso de los años, incrementándose el riesgo a partir de los 40 años.

El sexo también juega un papel importante en esta problemática, es así como los hombres son más susceptibles de padecer esta enfermedad. Esta diferencia con las mujeres podría estar relacionada con la diferente proporción de andrógenos y estrógenos, que influiría en que las mujeres

tengan unos niveles de HDL (lipoproteínas de baja densidad) mayores que los hombres; el HDL se refiere a parte del colesterol que parece proteger contra este tipo de enfermedades. La percepción del estado de salud se puede ver afectado por la edad, el género, las circunstancias sociales (incluyendo el estado civil) y el estado socio-económico (Barsky, Cleary & Klerman, 1992; Goldstein & Hurwicz, 1989; Rodin & Salovey, 1989; Victor, 1989) citado por Jerram, Coleman (1999).

Igualmente, se ha encontrado evidencia sobre una mayor vulnerabilidad hacia los trastornos cardiovasculares en personas que presentan algún tipo de antecedente familiar de este tipo de enfermedad (Blanco, 1994).

De otra parte los factores de riesgo considerados modificables son aquellos que permiten algún tipo de intervención; dentro de ellos están: la hipertensión, la dieta, la hipercolesterolemia, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés y algunas características de la personalidad.

Hipertensión: junto con la hipercolesterolemia y el tabaquismo, constituyen uno de los tres principales factores de riesgo de la cardiopatía. Se refiere a la elevación de la presión arterial estando ésta determinada por dos factores: (a) el gasto cardiaco, que hace referencia al volumen de sangre expulsado por el ventrículo izquierdo por unidad de tiempo, (b) la resistencia al flujo sanguíneo que ofrecen las paredes de los vasos (Blanco, 1994).

La disminución de la hipertensión con tratamiento por diferentes drogas, ha demostrado su efectividad en el marco de la prevención primaria y secundaria de la enfermedad coronaria (Driori J. y cols, 1997).

Dieta: la mayor parte de los factores de riesgo modificables están relacionados con la dieta, en especial la hipercolesterolemia y la obesidad (Blanco, 1994). Por ello, la intervención nutricional debe concentrarse en la consecución de cambios en los hábitos alimenticios, que los enfermos deben continuar y mantener por el resto de la vida (Driori J y cols, 1997).

Obesidad: es el factor de riesgo que indirectamente contribuye a la elevación del mismo, ya que aumenta la presión arterial y la concentración de lípidos, además de relacionarse con la diabetes y el sedentarismo (Blanco, 1994). El exceso de peso aumenta las posibilidades de desarrollo de enfermedad coronaria. Estudios realizados demuestran que las variaciones en el peso, acrecientan la morbimortalidad en los enfermos coronarios (Driori J y cols, 1997).

Tabaquismo: los fumadores presentan aproximadamente dos veces más riesgo de padecer alteraciones cardiovasculares que los no fumadores, siendo además un 70% más alta la mortalidad en los primeros (Blanco, 1994). Los efectos nocivos del tabaco sobre el sistema cardiovascular se deben principalmente a la nicotina y al monóxido de carbono. La nicotina causa la liberación de catecolaminas lo que va a repercutir en el aumento de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial sistólica y diastólica provocando así un mayor consumo de oxígeno por el miocardio. La interrupción de este hábito parece ser el cambio más drástico que se le puede exigir al individuo. Estudios epidemiológicos señalan que si los enfermos discontinúan el hábito, el riesgo relativo de muerte durante 4 a 6 años es más bajo que los que continúan fumando, y el riesgo de reinfarto también es más bajo (Driori J y cols, 1997).

Sedentarismo: la inactividad física provoca una disminución de la función cardio-respiratoria. El ejercicio físico en cambio ayuda a la mejor eliminación de las grasas (Blanco, 1994).

Personalidad Tipo A: (PCA) Según Friedman y Rosenman (1959), citado por Blanco (1994):

“es un conjunto particular de acción-emoción, que puede observarse en cualquier persona comprometida con una lucha relativamente crónica para lograr un número de cosas normalmente ilimitadas de su ambiente, en el menor tiempo posible, y/o contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente”

Este patrón de conducta se caracteriza por agresividad, hostilidad, competitividad, urgencia del tiempo, dedicación casi exclusiva a las actividades laborales con poco tiempo libre, sentimiento de estar bajo presión de tiempo y bajo el reto de responsabilidad, entre otros.

La relación del PCA con la aparición de cardiopatía isquémica ha sido corroborada por estudios como el Western Collaborative Group Study y el Framingham, citados por Llano, Sosa y Lozano (1999).

Los investigadores últimamente creen que la personalidad tipo A no es el determinante último de la enfermedad coronaria, aunque puede estar relacionado con una salud pobre en general (Alder y Matthews (1994), citado por Taylor (1995). Más bien, la variable más importante de la personalidad tipo A que está relacionada con la enfermedad coronaria es la agresividad u hostilidad, que a su vez produce una sobre reacción cardiovascular en situaciones de estrés (Dembroski, MacDougall, Williams, Haney y

Blumenthal, 1985; Smith, 1992; Williams, Barefoot y Shekelle, 1985) citado por Taylor, (1995).

Una forma particular de hostilidad puede estar especialmente implicada en la enfermedad cardiovascular, se llama hostilidad cínica, caracterizada por la suspicacia, el resentimiento, la agresividad constante, el antagonismo y la desconfianza a los demás (Barefoot, Dodge, Paterson, Dalhstrom, y Williams, 1989; Dembroski y Riongel, 1987; Smith y Frohm, 1985; Barefoot y Williams, 1998) citados por Taylor (1995). Los individuos que tienen este tipo de creencias negativas, incluyendo la percepción de que los demás son antagonistas y amenazadores, son por lo general agresivos verbalmente y exhiben un comportamiento antagonista. Por esto la hostilidad puede ser un factor de riesgo para la enfermedad coronaria independientemente de su relación con la personalidad tipo A.

En la hostilidad parece haber una serie de manifestaciones fisiológicas como aumento de la actividad autonómica, relacionada con ciertas circunstancias estresantes que aumentan la respuesta cardiovascular. Las personas con hostilidad crónica muestran reacciones fisiológicas más pronunciadas en respuesta a estresores interpersonales. Los individuos hostiles tienen niveles de conflicto interpersonal mas altos y niveles menores de apoyo social. Por lo tanto, tienen más eventos estresantes en la vida diaria. También es posible que estas personas se involucren en mayor grado con comportamientos de alto riesgo para la salud, como el alto consumo de cafeína, sobrepeso, consumo de cigarrillo y alcohol e hipertensión (Siegler, Peterson, Barefoot y Williams, Smith, 1992) citados por Taylor, (1995).

En general, se ha encontrado que los hombres tienen niveles más altos de hostilidad, lo que explica el riesgo mayor que ellos tienen de padecer enfermedad coronaria (Matthews y cols, 1992) citado por Taylor, (1995).

Estrés: es otro factor de riesgo importante que ha sido definido según Krantz y Raisen (1998); Fernández y Vila (1991), citados por Blanco (1994), como un estado interno del individuo, producido por una situación amenazante o percibida como tal, ya sea de tipo físico o psicológico y ante la cual la persona no dispone de los recursos adecuados para hacerle frente de manera eficaz.

Cox (1978) y McGrath (1970) citado por Houston (1988), definen estrés como el desequilibrio entre la percepción de las demandas individuales y su percepción de capacidad ideal para satisfacer esas demandas. Como lo señala Jex y cols. (1992), (citado por Omar, 1995), los investigadores han definido el estrés al menos de tres formas diferentes: como un estímulo, como una respuesta y como las relaciones entre estímulo-respuesta. La definición de estrés como un estímulo centra la atención sobre los estresores, que pueden ser cualquier evento, que requieren algún tipo de respuesta adaptativa; en éste orden de ideas, estrés significa cualquier fuerza externa sobre un objeto o una persona. Por otro lado, una definición de estrés como respuesta puede ser entendida como una respuesta del sujeto a los estresores del entorno. Y finalmente, el estrés puede ser definido como la relación estímulo-respuesta, es decir, hace referencia a la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo.

El estrés funciona como proceso en el cual tras la detección del estímulo (situación), la persona lo valora de acuerdo con sus características de personalidad. Esta valoración alerta los sistemas de integración y de control, generándose a la vez un estado de tensión emocional que produce que distintos sistemas efectores lleven a cabo una acción integrada y que se ponen de manifiesto a tres niveles: activación del sistema neuromuscular, activación de la vertiente simpática del sistema nervioso vegetativo y activación del sistema endocrino. Este tipo de respuestas del organismo resultan adaptativas en situaciones amenazantes, sin embargo, cuando se repiten con demasiada frecuencia e intensidad pueden llegar a dañar los tejidos corporales (Fernández y Vila,1991) citado por Blanco, (1994). Por lo que respecta al corazón, esta activación provoca incrementos en la frecuencia cardiaca, de la presión arterial y de la secreción de catecolaminas, lo que se traduce en una mayor demanda de oxígeno por parte del miocardio, con riesgo de provocar una insuficiencia coronaria y la traducción en posibles lesiones miocárdicas (Blanco,1994).

El estrés tiene una especial importancia en la aparición de la enfermedad coronaria, lo que puede explicarse mediante la relación que existe entre las bases biológicas del estrés (incremento de las tasas de colesterol, subida del nivel de glucosa e incremento del ritmo cardiaco) y los factores de riesgo físicos de la enfermedad.

Investigaciones recientes en psicología de la salud han enfocado su atención a la contribución del estrés y de las formas de afrontamiento del individuo en el desarrollo de la enfermedad coronaria. En particular la hostilidad, la exposición al estrés crónico y la respuesta cardiovascular al

estrés, que están altamente relacionados con el desarrollo de esta enfermedad (Treiber y cols, 1993) citado por Taylor, (1995). Además de lo anterior el estrés agudo, las emociones negativas y la actividad extrema repentina, pueden precipitar eventos clínicos súbitos, como los eventos cardiacos, llevando al diagnostico de la enfermedad (Brody, 1993) citado por Taylor, (1995). La respuesta al estrés y/o las formas de afrontamiento del mismo, combinadas con otros factores de riesgo como el nivel alto de colesterol, pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad. Omar (1995), plantea que en investigaciones encaminadas a clarificar los mecanismos que vinculan el estrés con factores patológicos, han prestado mucha atención a las respuestas específicas debidas al sexo y al afrontamiento con ciertos estresores. Los hallazgos generales en ésta área de investigación indican que las mujeres responden al estrés de manera hiporreactiva comparadas con los hombres, especialmente a la secreción adrenalínica. Sobre el particular, cita a Van Doormen y col. (1988), quienes señalan que los mecanismos adrenérgicos posiblemente constituyan el lazo más firme entre estresores y enfermedades coronarias.

Es así como el estrés hace vulnerable a la persona a las dolencias cardiacas y al ataque al corazón. El estrés se manifiesta en tensiones musculares crónicas que provocan un pecho hinchado, una tendencia a contener una respiración poco profunda y una rigidez general. También provoca un aumento en la producción de hormonas adrenales, alteraciones en el metabolismo de los ácidos grasos; por todo esto se ha convertido en un factor de riesgo que puede modificarse, haciéndose necesaria una evaluación e intervención dentro de un programa de rehabilitación.

Hans Selye citado por Hernández (1995), plantea que el estrés es la acomodación de una persona a situaciones nuevas y la respuesta inespecífica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio. Selye explicó que son tres las fases por las que pasa el organismo cuando se enfrenta a una situación de estrés, es decir, son tres los componentes del Síndrome General de Adaptación, aporte que ha permitido identificar los síntomas fisiológicos del estrés:

a) Fase de reacción de alarma por parte del organismo, cuando este se ve súbitamente expuesto a una situación a la que le resulta difícil adaptarse; el cuerpo reconoce el estrés. Lo primero es una reacción de shock en la que las glándulas endocrinas liberan hormonas (cuando hay estrés las hormonas adrenalina y noradrenalina se mantienen en niveles elevados en el organismo) que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas, se pierde el tono muscular y se hace más lenta la digestión. A esto sigue una subfase de contrashock en la que se movilizan sistemas defensivos y el cuerpo se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga.

b) Fase de resistencia, en el transcurso de la cual el organismo hace intervenir todos sus mecanismos de defensa y adaptación y repara cualquier daño causado por la reacción de alarma; si la situación estresante persiste, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños, entonces se pasa a la siguiente fase.

c) Fase de agotamiento, que acaba con las reservas adaptativas del organismo, agota las reservas de energía del cuerpo y le puede producir la muerte.

Selye reconoció que “todos los organismos poseían una cantidad finita de energía de adaptación para manejar las demandas de la vida y tras años y años de activación repetida de la reacción de alarma como defensa, el resultado final podía ser la hipertensión o el fallo cardiaco” (p. 89). En otras palabras, dicho concepto de energía de adaptación de Selye, comparte el supuesto que el cambio vital excesivo agota la capacidad del individuo para soportar el estrés adicional y aumenta la probabilidad de la enfermedad. (Bakal, 1996)

Hoy en día, el término estrés debe ser entendido como un proceso complejo que implica aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Ya desde 1966, Richard Lazarus planteó su concepción acerca del fenómeno del estrés, con gran influencia cognoscitivista. Lazarus tomó en cuenta la consideración de variables intermedias entre la situación y la reacción de los sujetos y añade que esta última depende del grado en que una situación es percibida como dañina, desafiante o amenazante; lo cual conduce a la consideración de un conjunto de variables mediadoras (Lazarus, 1986).

El estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. Es un proceso determinado principalmente por cómo el sujeto evalúa su realidad interna y externa. Lo que desencadena la reacción del estrés no es la situación en sí, sino la interpretación que se haga del evento estresor. Ha existido consenso para afirmar que el estrés no es ni una situación particular (no todas las situaciones son percibidas por

las personas como amenazantes, ni peligrosas), ni un tipo de reacción específica (no todas las personas reaccionan de la misma manera en situaciones que perciban como amenazantes o peligrosas); por lo que se puede definir el estrés como un proceso de interacción específica entre un organismo y una situación. (Gómez, V., 2000).

Por tanto, a escala personal la gente puede reaccionar de forma muy distinta en situaciones similares. Lo que una persona considera como estresante no lo es para otra. Para Cox (1978), y McGrath (1970), citado por Houston (1988), las personas responden de diferente manera a las mismas situaciones estresantes.

En general las fuentes de estrés que ocasiona un comportamiento de riesgo suelen proceder del campo familiar (situaciones conflictivas crónicas con el cónyuge o con los hijos), laboral (insatisfacción, trabajo a ritmo excesivo o de responsabilidad) y social (aislamiento y rechazo). El paciente debe modificar su respuesta ante éstas fuentes de estrés y procurar también modificarlas en sí mismas.

Frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferente manera. Estas diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen como estrategias o estilos de afrontamiento (Omar, 1995). De esta manera, Bakal (1996), afirma que: “fuentes de estrés idénticas pueden provocar reacciones diferentes dependiendo del carácter psicológico y de las circunstancias del individuo” (p.91). A su vez plantea que individuos que padecen la misma enfermedad muestran a menudo diferencias notables en el nivel de estrés que manifiestan. Es claro

que la personalidad del individuo juega un papel fundamental en la estrategia de afrontamiento que se asuma.

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “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”. Es decir, son aquellas estrategias adaptativas que permiten al individuo ajustarse a los requerimientos de las situaciones desafiantes de su entorno. Busca de algún modo, suavizar o atenuar el impacto de las demandas.

Según Webster's (1979), citado por Caballo (1998), “afrontar” significa ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza.

Metheny y cols. (1986) definieron el afrontamiento como cualquier esfuerzo, saludable o malsano, consciente o inconsciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Caballo, 1998). Es importante resaltar que los esfuerzos de afrontamiento no siempre son saludables y constructivos, la gente a veces adopta estrategias de afrontamiento que realmente le producen más problemas.

El concepto de afrontamiento puede encontrarse definido desde las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia de los animales dependía de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer los agentes nocivos. De esta manera en el modelo animal, el afrontamiento se define como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por

lo tanto, el grado de perturbación que éstas producen; centrándose principalmente en la conducta de huida y de evitación (Lazarus y Folkman,1986).

Roskies y Lazarus (1979), citados por Neufeld (1984), señalan que el afrontamiento no es simplemente una respuesta a un hecho que ha sucedido; por el contrario, se trata de un proceso activo de modelado de lo que ha sucedido anteriormente y lo que sucederá, estableciéndose un modelo transaccional en el cual la persona es simultáneamente receptora y agente del estrés y en donde el afrontamiento del individuo es una reacción a las demandas y también una modelación de la experiencia del estrés.

Por su parte, Meichenbaum (1987), dice que el afrontamiento representa básicamente dos funciones: manipular o alterar el funcionamiento dirigido al problema, que es susceptible de aparecer cuando las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno resultan evaluadas como susceptibles de cambio, y regular la respuesta emocional que aparece con mayor probabilidad cuando se tiene la evaluación de incontrolabilidad de las condiciones amenazantes. Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden, por lo tanto, potenciarse o referirse.

El afrontamiento del estrés es un proceso vital presente durante todo el curso de la existencia, sin comienzo ni final específico. Puede identificarse a nivel individual o familiar, pero la mayoría de los problemas personales tienen impacto sobre otros miembros de la familia y pueden volverse un problema familiar.

Los primeros trabajos sobre el tema fueron realizados en el nivel individual. Dentro de ellos está el de Murphy (1974), surgiendo de éste el

abordaje del afrontamiento como proceso complejo y la comparación con las habilidades más simples involucradas en la solución de problemas cotidianos, destacando que el afrontamiento va más allá de la solución de problemas e incluye intentos de ensayo y error continuados cuando la situación no se resuelve. Como plantean Coles y Coles (1978), el afrontamiento es una respuesta al cambio y requiere creatividad y producción de nuevas conductas.

De otro lado McCubbin y cols. (1980) describen las habilidades para resolver problemas como un decisivo recurso que se incluiría dentro de las estrategias de afrontamiento en momentos de estrés. Otros autores como Pearlin y Schooler (1978) hacen menos énfasis en la crisis como factor precipitante y en cambio subrayan la función protectora de estas habilidades, cuyo efecto de aislamiento o de pulimiento sirve para aliviar las tensiones asociadas al evento estresante.

Pearlin y Schooler (1978), definen la eficacia del afrontamiento como la habilidad de tales conductas para reducir el impacto causal del evento estresante sobre la definición del mismo como una crisis. Debe tenerse en cuenta sin embargo que la eficacia está siempre enmarcada por su contexto cultural. Reiss (1981), por ejemplo describe algunos de los componentes del ajuste exitoso en la cultura occidental, dentro de los cuales incluye la racionalidad, la evaluación objetiva y el sentido de control y dominio. Como lo reconoce Mechanic (1974), el afrontamiento óptimo está determinado por la variedad de soluciones que provee la cultura, y Hansen y Hill (1964), afirman que el papel de la comunidad en situaciones de estrés consiste en

ofrecer esquemas de patrones conductuales, que contribuyan a disminuir la ambigüedad.

Sin embargo, autores como Reiss y Oliveri (1980), son muy cuidadosos para calificar como exitosas o infructuosas las reacciones de afrontamiento, debido a que no hay evidencias que permitan establecer cuales estrategias son mejores en los distintos momentos, pues lo que es efectivo en una situación puede no serlo en otra. McCubbin y Olson (1980) por lo tanto, comparten la idea de Menegham (1983), quien sostiene que la efectividad del afrontamiento varía considerablemente, dependiendo de la escogencia que se haga de criterios de resultados y del contexto temporal en el cual se examinen los efectos.

Lazarus y Folkman (1984), también reconocen una serie de factores situacionales que afectan la evaluación del entorno. Parten del supuesto de que no hay estímulos normativamente estresantes, sino que hay propiedades "formales" de las situaciones que favorecen la posibilidad de amenaza, daño o desafío. Tales propiedades son la novedad de la situación, su predictibilidad e incertidumbre, su inminencia y duración, su grado de ambigüedad y la cronología de los acontecimientos estresantes con respecto al ciclo vital.

Una situación resulta estresante sólo si ha sido previamente asociada con el daño, el peligro o el dominio, y es ambigua dependiendo de la claridad que tenga para el individuo su importancia o significado. La predictibilidad implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas, mientras la incertidumbre se asocia con la noción

de probabilidad; se diría que son predecibles los eventos críticos propios de cada estadio del ciclo vital.

La incertidumbre de un acontecimiento puede resultar estresante porque tiene un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio, dada la confusión que surge de un proceso entorpecido o dilatado de evaluación de situaciones que se presentan de forma abrupta. En general, cuanto más inminente es un acontecimiento, más urgente e intensa es su evaluación; en tanto que cuando es menos inminente es más complejo el proceso de evaluación. Aunque el tiempo puede aumentar la sensación de amenaza, también le permite al individuo manejarla por medio del afrontamiento cognitivo de la situación (Lazarus y Folkman, 1984).

El individuo utiliza varios procesos para dominar las situaciones conflictivas, organizándose una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados. Fue así como Menninger (1963), citado por Lazarus y Folkman (1986), identificó en el nivel más alto de esta jerarquía las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por situaciones estresantes que se presentan en la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de afrontamiento encontrándose entre ellas el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, discutir, pensar y liberar la energía de una u otra forma. Estas son consideradas como normales o como características idiosincrásicas.

Sin embargo cuando estas estrategias son utilizadas inapropiadamente o de forma extrema, pierden entonces su categoría de recursos de

afrontamiento y se convierten en síntomas que indican un grado de descontrol y de desequilibrio.

Según Neufeld (1984), el hecho de ser percibido a sí mismo positivamente proporciona un importante recurso de afrontamiento psicológico ya que sus creencias generales y específicas sirven de base para la esperanza y favorecen el afrontamiento en condiciones adversas.

Poseer otros recursos además de los necesarios para enfrentarse a determinadas tareas es tan importante como el hecho de que la persona crea en su capacidad para cumplir dicha tarea y en su grado de motivación. La esperanza puede ser alentadora al creer que la situación puede ser controlada, que uno tiene fuerza para vivir la situación, que el médico o un tratamiento resultarán eficaces o bien en tener fe en la justicia o en la voluntad de Dios (Lazarus y Folkman, 1986).

A este respecto, varios estudios sugieren que las expectativas generales de control personal, y el conocimiento que existe en torno a la enfermedad guardan relación con el estilo de afrontamiento. Un estudio realizado por Camacho y Triana (1990), cuya finalidad era estudiar la relación entre conocimientos de la enfermedad, adherencia al tratamiento y el estilo de afrontamiento en 200 personas con artritis reumatoide, concluyó que los conocimientos sobre la enfermedad predicen tanto el estilo de afrontamiento, como la adherencia al tratamiento.

La actividad de afrontamiento debe diferenciarse de la conducta adaptativa automatizada, ya que la primera implica esfuerzo y la segunda no. En una primera instancia muchas conductas son producto de un esfuerzo, pero más tarde se convierten en automáticas, cuando actúan los

procesos de aprendizaje. Los actos de afrontamiento se realizan cuando ocurre algo fuera de la rutina, requiriendo de la persona un esfuerzo; sin embargo, si ésta situación aparece continuamente, lo más posible es que las respuestas que se dan se vayan volviendo automáticas a medida que son aprendidas (Lazarus y Folkman, 1986).

Generalmente, el afrontamiento se identifica como el éxito adaptativo, considerando los fracasos o las estrategias que no son realmente eficaces como mecanismos de defensa; esto hace que se relacione el afrontamiento con el resultado obtenido, sin embargo, el afrontamiento debe considerarse como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cual sea su resultado. De acuerdo con esto, no se considera ninguna estrategia mejor o peor que otra, ya que la adaptabilidad de una estrategia debe estar siempre de acuerdo al contexto en el que se da.

Igualmente el afrontamiento no se debe confundir con el dominio sobre el entorno, pues muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, utilizando el afrontamiento eficaz en estos casos como todo aquello que permite al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso, ignorar aquello que no puede dominar (Lazarus y Folkman, 1986).

El decir que una persona tiene muchos recursos de afrontamiento no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene la habilidad para aplicarlos ante las diferentes demandas del entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

En este punto, es importante tener en cuenta la valoración y manejo que el individuo hace de los factores estresantes. Las valoraciones son juicios

conscientes o inconscientes sobre la naturaleza del ambiente y la propia capacidad para responder al mismo. La valoración primaria hace referencia a la percepción inicial de que existe peligro o amenaza, mientras que la valoración secundaria se relaciona con la forma en que el individuo maneja el estrés percibido (Bakal, 1996).

Lazarus y Folkman (1984), definen el manejo como el cambio constante de los efectos cognoscitivos y conductuales para superar demandas específicas externas y/o internas que se valoran como superiores o excesivas para los recursos de la persona (Bakal, 1996). Las orientaciones de afrontamiento se clasifican como centradas en el problema y centradas en la emoción (Lazarus, 1990), citado por Bakal (1996). El afrontamiento centrado en el problema consiste en los esfuerzos por cambiar el medio o cambiarse a uno mismo; mientras que el afrontamiento centrado en la emoción implica estrategias mentales que no modifican directamente la relación con el medio pero modifican la cognición de esta relación. Así por ejemplo, la minimización conlleva esfuerzos conscientes de afrontamiento para negarse a pensar en el problema y para seguir como si nada hubiera pasado; el escape-evitación es un factor centrado en la emoción que incluye fantasías, soñar despierto, uso de alcohol y drogas, dormir más de lo común y evitar a otras personas.

No existe una forma "correcta" de superar todas las situaciones, ni todos los individuos manejan una situación de la misma forma. La estrategia de afrontamiento empleada por los individuos depende de que éstos creen que puede hacerse algo para mejorar las condiciones dolorosas o amenazantes. Cuando no puede hacerse nada o muy poco, las personas tienden a iniciar

un afrontamiento centrado en la emoción como la evitación o el distanciamiento (Bakal, 1996).

El tipo de afrontamiento que despliegue una persona ante una situación estresante depende de varios factores situacionales y personales como son, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984): 1. Factores situacionales: a) la inminencia de la situación; b) la ambigüedad en la información sobre la situación, sobre la clase de perjuicio que conlleve, sobre la calidad de los recursos personales, o sobre las eventuales consecuencias negativas; c) la disponibilidad de recursos de apoyo social. 2. Factores personales: a) el compromiso o motivación de la persona con respecto a la situación estresante; b) el locus de control de la persona.

El apoyo social ha surgido como un importante recurso para el afrontamiento eficaz. Schultz y Saklofske (1983), afirman que la cantidad de apoyo no es tan importante como la calidad del mismo. A su vez, Shumaker y Hill (1991), afirman que existen diferencias de sexo en la calidad del apoyo social. Comparados con las mujeres, los hombres normalmente tienen un sistema de apoyo más amplio, pero ese apoyo suele ser más superficial. Por el contrario, las mujeres generalmente tienen un sistema más limitado, pero es más íntimo e intenso comparado con el de los hombres (Caballo, 1998). Finalmente, las mujeres habitualmente utilizan sus sistemas de apoyo de modo más eficaz durante las crisis, mientras que es menos probable que los hombres utilicen los suyos.

Se plantea que la capacidad de defensa del individuo ante el estrés depende de factores tales como: edad (a mayor edad, mayor seguridad), sexo (las mujeres se enfrentan mejor a los conflictos y al cambio) y el apoyo

social como amortiguador del estrés. De todas maneras, el afrontamiento individual parte del principio básico de que el estrés es inevitable, incluso, no conviene olvidar que todos necesitamos algún nivel de estrés para funcionar con normalidad; haciendonos estar alerta e interesados.

Pero lo esencial para un afrontamiento exitoso al estrés es el papel activo del sujeto, por lo cual él debe volverse consciente del problema: Aquí está comprendido el reconocimiento del problema que produce estrés y también el darse cuenta de que esto es el resultado de una situación que impide el alcance de los objetivos.

Por otra parte, la ansiedad es otra respuesta común cuando se presenta una enfermedad coronaria; su incidencia es aproximadamente del 50% en los pacientes que se encuentran en cuidados intensivos por esta situación (Januzzi, Stern, Pastermark, DeSanctis, 2000).

La ansiedad es un problema no solo porque es intrínsecamente egodistónica, sino porque puede interferir con el buen funcionamiento (Jacobsen, Bovbjerg y Reed, 1993) citado por Taylor (1995).

La mayoría de los científicos conductuales estarían de acuerdo en decir que la ansiedad puede definirse como un fenómeno multidimensional comprendido por respuestas conductuales, fisiológicas y cognoscitivas. Como resultante de éste punto de vista, una gran variedad de autoreportes y mediciones conductuales se han desarrollado para la medición de la ansiedad (Bellack y Lombardo, 1985; Berstein y Nietzel, 1974; Borkovec, Weerts y Berstein, 1977). Las respuestas físicas pueden presentarse como taquicardia, respiración agitada, sudoración, sequedad en la boca, diarrea y

perturbaciones en el sueño. A nivel motor, se presenta un incremento en el tono muscular, especialmente en la nuca y hombros, con calambres, y por lo tanto se activa el estado físico y mental que mantiene el cuerpo dispuesto al movimiento. Finalmente, las respuestas cognoscitivas representan el canal subjetivo a través del cual la persona puede indicar el grado de ansiedad que experimenta.

Se ha encontrado que hay muchas situaciones que aumentan la ansiedad de los pacientes. La ansiedad es alta cuando la gente está esperando el resultado de exámenes, cuando está recibiendo un diagnóstico, esperando por un tratamiento invasivo o cuando espera o anticipa efectos secundarios de un tratamiento.

Mientras que la ansiedad por la enfermedad puede disminuir con el tiempo, la ansiedad sobre posibles complicaciones, las implicaciones de la enfermedad para el futuro y su impacto en el trabajo y actividades de tiempo libre se aumenta con el tiempo (Christman, McConnell, Pfeiffer, Webster, Schimitt, 1988).

Se ha encontrado que existen factores de riesgo psicosociales que contribuyen al desarrollo de la enfermedad cardiovascular y que influyen en el curso de ésta. Dentro de estos factores se incluye la hostilidad, aislamiento social, estrés, ansiedad y depresión. La ansiedad juega un papel importante dentro de estos factores, ya que se ha demostrado que pacientes altamente ansiosos presentan un incremento en el riesgo de padecer infarto del miocardio o muerte súbita (Januzzi, Stern, Pastermark, DeSanctis, 2000). Puede causar diferentes respuestas psicológicas, pero se ha encontrado que está muy relacionada con las consecuencias que se

presentan posteriormente a un infarto. En 1995, Frasure-Smith y cols, demostraron que se presenta un aumento en manifestar complicaciones en una enfermedad coronaria como resultado de la ansiedad que presenta el paciente (Januzzi, Stern, Pastermark, DeSanctis, 2000).

Igualmente en años recientes se ha encontrado una interacción entre desordenes emocionales y el padecimiento de enfermedades del corazón, especialmente se ha encontrado que la ansiedad y la depresión ocurren con más frecuencia en pacientes con angina de pecho (Januzzi, Stern, Pastermark, DeSanctis, 2000).

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular a la psicología con los problemas de la salud humana. Entre la psicología y la medicina se ha producido una fusión que incluye todos los aspectos de la asistencia sanitaria, incluidos la aparición de la enfermedad, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Es por esto, que al hablar de enfermedad coronaria, consideramos importante hacer referencia a lo que psicología de la salud se refiere. Así, La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) ha definido salud, como “un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición resalta la naturaleza biopsicosocial de la salud, y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. De esta manera, el bienestar y la prevención ocupan un papel importante pues conducen a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol entre otros. Los pensamientos, sentimientos y el estilo general de manejo de las personas están siendo continuamente estudiados

y en muchos casos son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física (Bakal, 1996). En éste orden de ideas se puede observar cómo la psicología y la medicina se pueden integrar para contribuir al bienestar y salud de las personas.

En 1982, Matarazzo, citado por Vinaccia (1989), define la Psicología de la Salud como “el conjunto de las contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica, a la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente, y el análisis y mejora del sistema sanitario y elaboración de una política de salud”.

A su vez, Taylor (1995) plantea que la psicología de la salud es el campo donde la psicología busca entender las influencias psicológicas sobre cómo las personas se mantienen saludables, porqué se enferman y cómo responden cuando padecen algún tipo de enfermedad. Igualmente afirma que los psicólogos de la salud se centran en la promoción y mantenimiento de la salud, estudian los aspectos psicológicos de la prevención y tratamiento de la enfermedad, enseñan a las personas sobre cómo manejar efectivamente el estrés para que no interfiera ni afecte la salud, trabajan con personas que ya padecen alguna enfermedad, con el fin de ayudarlas al proceso de ajuste y adaptación a su condición de salud y a aprender a seguir el tratamiento.

La psicología de la salud se haya especialmente interesada en el desarrollo de planes y estrategias que permitan principalmente promover buenos hábitos de vida que impidan la aparición de dicha enfermedad y de

esta manera realizar un tipo de prevención primaria, reeducar a la gente sobre los riesgos que ciertos comportamientos y hábitos tienen sobre su salud e intervenir directamente en el diseño de programas de rehabilitación cardíaca, para ayudar a recuperar a los enfermos del corazón de una manera integral atendiendo a sus necesidades tanto físicas como nutricionales y psicoafectivas. Estudios realizados (Rodin & Salovey, 1989; Leventhal & Schaefer, 1992) citados por Jerram y Coleman (1999), sugieren que personas de edad Americanas son más activas que las personas jóvenes en cuanto a la prevención de enfermedades, tendiendo de esta manera, a un mayor cumplimiento con los tratamientos médicos, así como un mejor afrontamiento de la enfermedad.

Esto hace que actualmente se esté dando mayor importancia al aspecto psicológico de los enfermos cardíacos dentro de un programa de rehabilitación, por esto es importante conocer las reacciones psicológicas que causan un evento tan inesperado como una enfermedad cardíaca.

El bienestar físico y psicológico están íntimamente ligados. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos que desafían la habilidad del individuo y de la familia para enfrentarse y adaptarse. Sucesos como el diagnóstico de una enfermedad grave, cirugía o incapacidad física, contienen el potencial para contemplarse como una pérdida, amenaza o desafío. Es decisivo para determinar el curso final de la resolución de la crisis, la forma como el suceso es interpretado especialmente en relación a la autoimagen y planes futuros, y cómo se realizan las adaptaciones conductuales.

El infarto agudo del miocardio representa un impacto en la estabilidad psicológica del paciente, consistente sobre todo en una reacción de miedo y temor a su situación, y a veces a la muerte, lo que ocasiona estrés. Los programas de rehabilitación pueden conseguir la normalización de éstas situaciones psicológicas anormales y a ellos contribuyen la información y educación sanitaria adecuadas y la misma rehabilitación cardíaca, así como los programas de relajación y asistencia psicológica y social.

El paciente coronario puede experimentar diversas emociones; en un primer momento puede que reconozca la gravedad de su estado, experimentando sentimientos de tristeza, impotencia, abatimiento y diferentes grados de ansiedad; estas reacciones son normales a la situación, sin embargo si estas reacciones se prolongan en el tiempo y en la intensidad puede desencadenar un cuadro depresivo, que dificulta el curso de la recuperación del paciente (Blanco,1994).

El paciente también puede asumir una actitud pasiva ante la enfermedad, algunos autores consideran que es adaptativo en el tiempo inmediatamente posterior al evento coronario, ya que permite al paciente ahorrar energías en un momento donde no puede hacer nada y además permite que se le pueda suministrar los cuidados necesarios (Blanco, Picabia y cols, 1992) citado por Blanco (1994).

Sin embargo, también puede presentarse una reacción de negación, ya sea de la gravedad, de la enfermedad o del diagnóstico mismo. Esto tiene un efecto negativo sobre la recuperación del paciente porque al negar la gravedad de la enfermedad no asume los cuidados necesarios para recuperarse. Sin embargo podría tener algunos efectos positivos en cuanto a

la reducción de ansiedad, si es utilizado como estrategia de afrontamiento para tomar distancia del problema. De esta manera el paciente no percibe la situación como amenazante para su vida, pero tampoco valora los cuidados que se le brindan (Mayou, 1991) citado por Blanco (1994).

Algunos estudios han llegado a la conclusión que los pacientes que utilizan este mecanismo de negación en un primer momento, incluso presentan una mejor evolución psicológica durante la convalecencia manifestando menos ansiedad y menos reacciones depresivas (Blanco, 1994).

Generalmente el paciente se encuentra temeroso de sus capacidades y presenta una excesiva precaución a la hora de realizar cualquier actividad o esfuerzo físico, impidiéndole la normalización de su vida cotidiana.

También es frecuente la aparición de dolores atípicos en el pecho como resultado del nivel de ansiedad, todo esto dificulta su reinserción a la vida laboral, familiar y social (Blanco, 1994).

En cuanto a la reincorporación laboral, es frecuente encontrar que el paciente teme volver al trabajo, ya sea porque se siente incapaz de realizar el esfuerzo físico necesario o porque lo considere como la causa de su infarto o un generador de estrés y ansiedad (Blanco, 1994).

El absentismo laboral, se debe en parte, a factores psicológicos como la ansiedad y la depresión que conducen a la inestabilidad emocional, pesimismo, preocupación por la salud excesiva de la sintomatología e hiperprotección familiar (Driori J y cols, 1997)

En cuanto a la normalización de la vida social los mayores problemas se encuentran relacionados con los malos hábitos de salud como el cigarrillo, la

dieta alta en grasa y azúcar y el alcohol, que el paciente debe abandonar. Muchos pacientes terminan por aislarse socialmente ante este tipo de restricciones, evitando las situaciones y las personas que impliquen este tipo de conductas.

También pueden presentarse problemas familiares y maritales, representados principalmente en una alteración de los roles familiares fruto de la enfermedad. Los sentimientos de miedo y ansiedad que experimenta el paciente durante su recuperación pueden generar un clima de tensión alrededor de la familia. El enfermo puede reaccionar frente a la enfermedad demandando continuos cuidados y atención que en muchos casos no son necesarios y pueden llegar a agotar las energías y paciencia del resto de la familia. O por el contrario puede ser la familia la que se vuelva sobreprotectora del enfermo, reforzándole los miedos y la ansiedad y limitando sus capacidades de recuperación. Los conflictos de pareja pueden deberse a la alteración del rol familiar donde es frecuente que la pareja asuma las responsabilidades y actividades del enfermo (Blanco, 1994).

Todos estos aspectos que rodean a una persona con Infarto de Miocardio, hacen necesario un programa de rehabilitación; entendiendo rehabilitar como “habilitar de nuevo o restituir a una persona a su antiguo estado”. En el caso de los enfermos cardiovasculares la rehabilitación psicológica también implica la modificación de ciertas pautas de conducta y de un estilo de vida que se considera predisponente a la enfermedad cardiovascular, con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes (De Llano, Sosa y Lozano, 1999).

Problema

¿Qué relación existe entre la condición laboral actual, las estrategias de afrontamiento, el nivel de estrés y ansiedad, y una medida de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria?

Hipótesis

Siendo el anterior el problema básico a resolver, se pueden desprender las siguientes hipótesis:

La condición laboral actual de los pacientes con enfermedad coronaria se encuentra relacionada con la presencia de mayores o menores niveles de estrés y ansiedad.

Existe una relación entre la condición laboral actual y las estrategias de afrontamiento que utiliza la población.

Existe una relación entre la condición laboral actual y las estrategias de afrontamiento, con el nivel de estrés y ansiedad que puede estar presente en la población.

La medida de riesgo cardiovascular (CT/HDL) se encuentra relacionada con la presencia de mayores o menores niveles de estrés y ansiedad.

Objetivos

Objetivo General

Establecer la relación entre la condición laboral actual, las estrategias de afrontamiento, el nivel de estrés y ansiedad, y una medida de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria.

Objetivos Específicos

1. Identificar la condición laboral actual en la que se encuentran los pacientes con enfermedad coronaria.
2. Determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con enfermedad coronaria.
3. Establecer las estrategias de afrontamiento que favorecen el manejo de situaciones estresantes y de ansiedad.
4. Evaluar el nivel de estrés y ansiedad de los pacientes con enfermedad coronaria.
5. Determinar la influencia que ejerce la condición laboral actual de los pacientes con enfermedad coronaria, el nivel de estrés y ansiedad de los mismos.
6. Establecer la relación entre los niveles de estrés y ansiedad, con la medida de riesgo cardiovascular (CT/HDL) que presentan los pacientes con enfermedad coronaria.
7. Realizar un análisis comparativo de la influencia de la condición laboral actual, las estrategias de afrontamiento, el nivel de estrés y ansiedad, con respecto a la medida de riesgo cardiovascular que presentan los pacientes con enfermedad coronaria, con el fin de establecer si existe o no una asociación entre dichos aspectos, como factores de riesgo.

Variables

A. Ansiedad: Se denomina ansiedad a la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos, tales como pensamientos, ideas, etc., que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes (Tobal, M. 1985).

B. Condición Laboral Actual: Se refiere a la actividad laboral que generalmente realiza el individuo y de donde devenga un ingreso económico periódico. Dentro de ésta variable se considerará la condición de desempleado, empleado, trabajador independiente y pensionado.

C. Nivel de Estrés: Se entiende como los estímulos, agentes, circunstancias, situaciones, factores, etc., que amenazan la vida y la salud física y psíquica. Es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno. Depende de las evaluaciones cognoscitivas sobre sí mismo y sobre el contexto (Lazarus, 1966), citado por Fernández y Mielgo (1996).

D. Estilo de Afrontamiento: Se entiende como la forma en que el individuo ejecuta un cierto esfuerzo cognoscitivo y comportamental para así manejar las demandas específicas que son percibidas por éste como excedentes o desbordantes de los propios recursos individuales (Lazarus y Folkman, 1984).

E. Medida de Riesgo Cardiovascular CT/HDL: esta medida corresponde al resultado de un examen paraclínico específico que se realiza a los pacientes que pertenecen al programa de Rehabilitación, con el cual se pretende

establecer la relación entre el nivel de colesterol total y las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que presenta cada uno; siendo esta medida de gran importancia, ya que éste es un factor de riesgo cuando se encuentra en niveles elevados mayores a 5. Estos resultados serán proporcionados por los médicos encargados del programa de Rehabilitación.

Tipo de Investigación

El tipo de estudio elegido para responder a las preguntas de la investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, correlacional.

Es descriptiva, puesto que permite la selección de "... las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada dentro del marco de referencia". (Cerdeña, 1995). Además permite un análisis por el cual se describe la relación entre las variables: condición laboral actual, estrategias de afrontamiento, los aspectos psicológicos de estrés y ansiedad, y la medida de riesgo cardiovascular presentes en la población escogida de la Fundación Cardio Infantil. Igualmente, "...los datos recogidos sirven para proyectarse al futuro..." (Cerdeña 1995) ya que pueden ser de gran utilidad para el departamento de salud mental en cuanto que permitirán dirigir sus actividades y programas teniendo en cuenta las necesidades psicológicas reales de la población que asiste a la fundación, permitiendo la identificación de factores de riesgo de los sujetos que requieran atención psicológica o psiquiátrica.

El diseño descriptivo correlacional permite presentar sistemáticamente la información de un fenómeno estudiado evaluando las interrelaciones entre las variables desde una perspectiva de covariación sin asumir supuestos de causalidad o influencia entre éstas (López 1992). Es decir, relata en términos

objetivos posibles relaciones significativas existentes entre las variables consideradas (Dankhe, 1986; citado por Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Según Cerda (1995), la correlación en una investigación es la medida cuantitativa del grado de asociación entre dos o más variables, es decir, el grado o la manera como una ecuación describe o expresa la relación entre ellas. También se utiliza para destacar el grado en que el cambio de una variable es acompañada por un cambio correspondiente en otra variable.

Población

La población objeto de la investigación estuvo conformada por los pacientes entre los 30 y 70 años que asistían a la fase II de tratamiento ambulatorio del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Fundación Cardio Infantil.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 20 pacientes, que participaron en la investigación de manera voluntaria. Fue una muestra no aleatoria, ya que se seleccionó con base en un criterio preestablecido, que incluyó la edad y su condición de salud actual y la fase del programa en la cual se encontraban. Igualmente como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta personas con limitaciones mentales y físicas que les impidieran responder los instrumentos utilizados.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron:

- *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA):*

Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel (1994). Es un inventario con formato S-R, es decir, que incluye tanto situaciones como respuestas. Los participantes tendrán que responder la frecuencia con se manifiestan en ellos una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones. Igualmente, este inventario recoge conductas o respuestas pertenecientes al sistema cognoscitivo, al fisiológico y al motor, y permite asignar una puntuación para cada una de éstas.

El tiempo de aplicación es de aproximadamente 50 minutos por paciente.

Está conformado por tres subpruebas:

1. Evalúa la ansiedad de tipo cognoscitivo que es la Escala C.
2. Evalúa la ansiedad de tipo fisiológico que es la Escala F.
3. Evalúa la ansiedad de tipo motor que es la Escala M.

El inventario incluye 23 situaciones y 24 respuestas para un total de 224 ítems contenidos en las tres subpruebas. La corrección y valoración de la prueba se realiza sumando las puntuaciones dadas por el sujeto a cada ítem de cada inventario. Las puntuaciones se convierten posteriormente en centiles utilizando la tabla de baremos.

Para hallar la fiabilidad del ISRA, en estudios se ha calculado la consistencia interna mediante el coeficiente "alfa", empleando para ello una muestra de 1.209 sujetos. Los resultados obtenidos demuestran una alta consistencia interna para el total del ISRA y para cada una de sus partes,

oscilando entre 0.95 y 0.99, y siendo los valores para cada una de ellas:
Cognitivo= 0.96; Fisiológica= 0.98; Motor= 0.95 y Total= 0.99 (Anexo 1).

- *Escala de Apreciación del Estrés:*

Autores: J. L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles (1996). Esta escala permite conocer el número de acontecimientos estresantes que han estado presentes en la vida del sujeto. Igualmente, apreciar la intensidad con que se vive o se han vivido éstos sucesos vitales y así mismo conocer si estos acontecimientos estresantes han dejado de afectar o continúan interfiriendo en la vida de la persona. Esta batería consta de cuatro escalas independientes, de las cuales utilizaremos únicamente la Escala G (EAE-G): Escala General de Estrés, tiene como objetivo principal ver la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital de cada sujeto. Esta escala consta de 53 ítems, distribuidos en cuatro temas: la salud, las relaciones humanas, el estilo de vida y los asuntos laborales y económicos. En ésta escala los índices de fiabilidad en test-retest son de 0.65 y en par-impar 0.74 (Anexo 2).

- *Escala Modos de Afrontamiento:*

Autores: Lazarus y Folkman 1985. Consta de 50 ítems distribuidos en 8 subescalas:

1. Confrontación: describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acciones directas.

2. Distanciamiento: describe los esfuerzos para separarse. También alude la creación de un punto de vista positivo.

3. Autocontrol: describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

4. Búsqueda de apoyo social: describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información, o apoyo moral, simpatía o comprensión.

5. Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento del propio papel en el problema.

6. Huida-Evitación: describe el pensamiento desiderativo. Los ítems de la escala que sugiere huida y evitación contrastan con los ítems de la escala de distanciamiento, que sugieren separación.

7. Planificación: describe los esfuerzos deliberados centrados en el problema para alterar la situación unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

8. Reevaluación positiva: describe los esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

La primera versión de esta escala (Lazarus y Folkman, 1980), citados por Sánchez-Cánovas (1992), constaba de 68 ítems que describían una serie de estrategias cognitivas y comportamentales que las personas utilizan para dirigir las demandas internas y/o externas de las confrontaciones estresantes. En 1985 la escala fue revisada y organizada en 2 escalas: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. Estos autores derivaron por medio de análisis factorial (factores principales y rotación oblicua) 8 subescalas. Sánchez-Cánovas y Soriano (1992) han replicado esa

misma estructura de 8 subescalas. Estas 8 subescalas comprenden 50 ítems de los 67 ítems de la revisada. Otros estudios (Vitaliano y cols, 1985; Carver y cols, 1989; McCrae y Costa 1986. citados por Sánchez-Cánovas,1992) confirman también con ligeras variantes, las subescalas halladas en el estudio de Lazarus y Folkman. (Anexo 3)

Algunas de las investigaciones donde ha sido utilizado dicho instrumento son: Wonghogkul, T., Moore SM., Musilc, Schneider, S, Deimling, G. (2000); Reynolds, RP., Hurley, S., Torres M, Jackson, J. Boyd, P., Chen VW. (2000); Shirley, M., (2000); Scherer R., Hwang C., Yan W. (2000); Cousson-Gelie F., Taytard, A. (1999).

Consideraciones Éticas

Teniendo en cuenta el tipo de población de la investigación, se tuvieron en cuenta consideraciones éticas como:

Art 16.1 “El psicólogo al planear y llevar a cabo investigación científica con participantes humanos o no humanos, debe basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, y resguardar el bienestar y los derechos de los participantes”

Art.16.6 “Al trabajar con participantes humanos, es necesario que ellos estén informados del propósito de la investigación. Se debe respetar su privacidad. Los participantes tienen derecho a ser protegidos de daño físico y psicológico y a ser tratados con respeto y dignidad” (Código Ético del Psicólogo.)

Procedimiento

El desarrollo de la investigación implicó la selección de la población con la cual se trabajó, siendo en éste caso personas que pertenecían a la fase II del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Fundación Cardio Infantil, y que cumplían con criterios característicos de la población. Esta fase específica del Programa de Rehabilitación debe comenzar lo más pronto posible después de salir del hospital y de acuerdo con el nivel de riesgo de cada paciente. Sus objetivos son lograr la actividad física independiente dentro y fuera de la casa, la readaptación familiar, social y ocupacional y la independencia física y psíquica de la persona. En ella es fundamental la adherencia al ejercicio regular y las intervenciones educativas, de cambios de conducta y hábitos, de información sobre la enfermedad y sus diferentes perspectivas y tratamientos. Igualmente, se realiza la intervención nutricional durante dicha fase y se incrementa progresivamente la actividad física aeróbica, hasta lograr sesiones de 45 minutos o una hora de ejercicio. En la Fundación Cardio Infantil tiene una duración aproximada de 36 sesiones 3 veces por semana.

Se trabajó con un número de 20 personas, quienes firmaron un consentimiento informado en el momento de la aplicación de los instrumentos, comprometiéndose de ésta manera a la participación en la investigación. (Anexo 4). Los participantes respondieron a los instrumentos escogidos para evaluar las variables de análisis. El primer contacto que se tuvo con los participantes fue según el horario de rehabilitación cardíaca al cual pertenecía cada uno; en ese momento se invitó a la población previamente seleccionada según las características que exigía la investigación. Se habló individualmente

con cada uno de ellos explicándoles en qué consistía la investigación y su participación en ella, y de acuerdo a la respuesta obtenida se concretaba una cita para la aplicación individual de los tres instrumentos en una sola sesión, con una duración aproximada de dos horas. Dependiendo de las características de cada participante, se hacía necesario o no una explicación o ayuda mas exhaustiva para responder los cuestionarios. Este proceso de aplicación y recolección de los datos tuvo una duración aproximada de un mes. Después de obtener los datos de todos los participantes, se realizó el análisis de los resultados, utilizando tablas y gráficas que permitieron caracterizar la población de una manera descriptiva y realizar la correlación de las variables en estudio.

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos estadísticos obtenidos a partir de la información obtenida en la aplicación de los instrumentos. Inicialmente se trabajó con una muestra de 20 participantes, 18 hombres y 2 mujeres, pero para efectos estadísticos se tomó la decisión de excluir a las mujeres del análisis realizado, ya que se podía presentar sesgo en los resultados.

Para hacer un análisis de riesgo, se dicotomizó la variable Medida de Riesgo Cardiovascular y cada una de las demás variables asociadas. El Estrés y la Ansiedad se dividieron en ausencia y presencia de dichas variables. La Condición Laboral se agrupó en presencia o ausencia de empleo, perteneciendo al primer grupo los empleados, trabajadores independientes, y aquellos que son trabajadores independientes y pensionados a la vez; mientras que el segundo grupo estuvo conformado por los desempleados y pensionados. Finalmente, para la variable Estilos de Afrontamiento se dicotomizó cada una de las subescalas utilizando su puntaje medio quedando de esta manera conformados dos grupos, mayores o menores a ese puntaje.

Para la utilización de los datos se realizó una tabulación cruzada, utilizando Chi Cuadrado y una evaluación de riesgo a través de la razón de disparidad.

En la Tabla 1 se encuentran los promedios obtenidos por la población en cuanto a la edad y cada uno de los instrumentos aplicados que permitieron medir las variables.

La edad tenía un rango determinado, de los 30 a los 70 años, obteniendo como promedio una edad de 53 años.

La variable Estrés fue evaluada a través de la Escala General de Estrés (EAE-G) en la cual se obtuvo un puntaje promedio de 44.17 para toda la población, esto permitió establecer que los participantes tuvieron un nivel de estrés normal.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) arrojó como promedio un puntaje de 28.89, clasificando de esta manera a los participantes en el rango de personas que presentaron una ansiedad de moderada a marcada.

De la misma manera la Tabla 1 recoge los datos de la medida de riesgo cardiovascular (CT/HDL). El resultado de dicha medida, para no ser considerado como factor de riesgo debe ser menor a 5; de acuerdo a esto, la población presentó un promedio de 4.7, lo que indicó que a pesar de estar por debajo del límite de riesgo, no se encontró tan alejado de este. (Ver Tabla 1)

Tabla 1

Promedios de las diferentes variables

	Edad	EAE-G	ISRA	CT/HDL
Promedio	53.67	44.17	28.89	4.72
N	18	18	18	18
Desv.	10.82	18.77	29.83	1.23

En la Figura 1 se muestra la distribución de la condición laboral en la población, en la cual se indica que el 44% de los participantes se encontraban empleados, el 6% desempleados, el 6% pensionados, el 27% como trabajadores independientes y finalmente el 17% como pensionados y trabajadores

independientes a la vez. (Ver figura 1) Como se aclaró anteriormente esta variable se dicotomizó entre aquellos que tuvieran un trabajo actualmente y en aquellos que no, quedando distribuida la población de la manera en que se muestra en la figura 2.

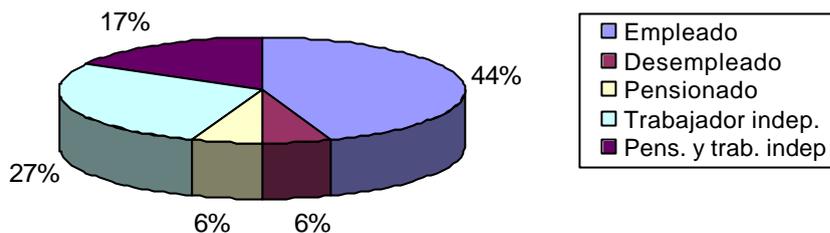


Figura 1. Distribución de la condición laboral en la población

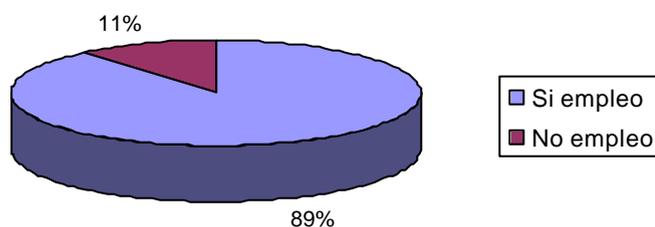


Figura 2. Distribución de la condición laboral luego de ser dicotomizada

En la Tabla 2 se describe la tabulación cruzada entre la Medida de Riesgo Cardiovascular y Estrés, en la cual se encontró que del 100% de la población que presenta estrés, sólo el 16.7% presentó estrés y riesgo cardiovascular; y un 83.3% no presentó riesgo cardiovascular pero sí estrés. Por otro lado, del 100% de la población que presentó riesgo cardiovascular, sólo el 20% presentó estrés, y el 80% restante no presentó ésta variable. Y del total de la población que no presentó riesgo cardiovascular, el 38.5% presentó estrés, mientras que

el 61.5% no lo presentó. De esta manera se pudo observar que las mayores frecuencias se ubicaron entre la población que no presentó riesgo cardiovascular y que no presentó estrés. (Ver Tabla 2)

Tabla 2.

Tabulación cruzada de Medida de Riesgo Cardiovascular y Estrés.

		<u>Riesgo Cardiovascular</u>			
			Si	No	Total
Estrés General	Si	Frecuencia	1	5	6
		% con Estrés General	16.7%	83.3%	100.0%
		% con Riesgo Cardv.	20.0%	38.5%	33.3%
	No	Frecuencia	4	8	12
		% con Estrés General	33.3%	66.7%	100.0%
		% con Riesgo Cardv.	80.0%	61.5%	66.7%
Total	Frecuencia	5	13	18	
	% con Estrés General	27.80%	72.2%	100.0%	
	% con Riesgo Cardv.	100.0%	100.0%	100.0%	

Los resultados de la Prueba Chi Cuadrado mostraron que no hay diferencias significativas entre el nivel de estrés general y la medida de riesgo cardiovascular , por lo cual no se pudo establecer una asociación entre dichas variables. (Ver Tabla 3)

Tabla 3.

Resultados de la Prueba Chi Cuadrado entre Estrés General y la Medida de Riesgo Cardiovascular

	Valor	gl	Sig. a dos colas
Chi cuadrado	0.554	1	
Correlación	0.035	1	
Prueba exacta de Fisher			0.615
Asociación lineal	0.523	1	
N. de casos válidos	18		

Cómputo únicamente para tablas 2x2

3 celdas con valores esperados menores a 5

La tabulación cruzada entre el trabajo actual y la medida de riesgo cardiovascular, permitió encontrar que la población que se encontró empleada tuvo un mayor porcentaje de no presentar riesgo cardiovascular frente a los que si presentaron este riesgo. De otra manera, los que no tuvieron una actividad laboral, no presentaron riesgo alguno en cuanto a la medida cardiovascular, ya que el 100% de ellos presentó un nivel adecuado respecto a ésta medida.

La población presentó un porcentaje más alto dentro del grupo que tuvo una actividad laboral actual. (ver Tabla 4)

Tabla 4

Tabulación cruzada de Medida de Riesgo Cardiovascular y Trabajo Actual

			Riesgo Cardiovascular		Total
			Si	No	
Trabajo Actual	Si	Frecuencia	5	11	16
		% con Trabajo Actual	31.3%	68.8%	100.0%
		% con Riesgo Cardv.	100.0%	84.6%	88.9%
	No	Frecuencia		2	2
		% con Trabajo Actual		100.0%	100.0%
		% con Riesgo Cardv.		15.4%	11.1%
Total	Frecuencia	5	13	18	
	% con Trabajo Actual	27.8%	72.2%	100.0%	
	% con Riesgo Cardv.	100.0%	100.0%	100.0%	

En cuanto a los resultados de la Prueba Chi Cuadrado entre el trabajo actual y la medida de riesgo cardiovascular se encontró que no se pudo realizar una asociación entre éstas variables, ya que el resultado fue de 0.510, lo cual indica que no se encontraron diferencias significativas. (Ver Tabla 5)

Tabla 5

Resultados de la Prueba Chi Cuadrado entre el Trabajo Actual y la Medida de
Riesgo Cardiovascular

	Valor	gl	Sig. a dos colas
Chi cuadrado	0.865	1	
Correlación	0.009	1	
Prueba exacta de Fisher			1.00
Asociación lineal	0.817	1	
N. de casos válidos	18		

Cómputo únicamente para tablas 2x2

3 celdas con valores esperados menores a 5

La respuesta positiva ante la ansiedad en el grupo fue baja ya que la población se ubicó en un mayor porcentaje en la categoría que no presentó ésta respuesta. En cuanto a la relación con el riesgo cardiovascular se encontró que existió una mayor población que no presentó riesgo alguno tanto en el grupo que presentó ansiedad como en el que no, y encontrándose un porcentaje muy similar en los grupos que presentaron riesgo. (Ver Tabla 6)

Tabla 6

Tabulación cruzada de Medida de Riesgo Cardiovascular y Respuesta de
Ansiedad

		Riesgo Cardiovascular			
		Si	No	Total	
Respuesta de Ansiedad	Si	Frecuencia	2	5	7
		% con R/ta de Ansiedad	28.6%	71.4%	100.0%
		% con Riesgo Cardv.	40.0%	38.5%	38.9%
	No	Frecuencia	3	8	11
		% con R/ta de Ansiedad	27.3%	72.7%	100.0%
		% con Riesgo Cardv.	60.0%	61.5%	61.1%
Total	Frecuencia	5	13	18	
	% con R/ta de Ansiedad	27.8%	72.2%	100.0%	
	% con Riesgo Cardv.	100.0%	100.0%	100.0%	

La Tabla 7 muestra que al realizar la Prueba Chi Cuadrado no se encontraron diferencias significativas que permitieran realizar una asociación entre éstas variables. (Ver Tabla 7)

Tabla 7

Resultados de la Prueba Chi Cuadrado entre la Respuesta de Ansiedad y la Medida de Riesgo Cardiovascular

	Valor	gl	Sig. a dos colas
Chi cuadrado	0.004	1	
Correlación	0	1	
Prueba exacta de Fisher			1.00
Asociación lineal	0.003	1	
N. de casos válidos	18		

Cómputo únicamente para tablas 2x2
2 celdas con valores esperados menores a 5

Como se observa en la Tabla 8, los resultados de la tabulación cruzada de las distintas estrategias de afrontamiento con la medida de riesgo cardiovascular no arrojaron diferencias significativas entre ellas. (Ver Tabla 8) Sin embargo, es importante resaltar el resultado de la estrategia Búsqueda de Apoyo Social, ya que el utilizar esta clase de afrontamiento influyó en el porcentaje de presentar o no riesgo cardiovascular; de esta manera se encontró que aquellos participantes que utilizaron esta estrategia obtuvieron un porcentaje de 84.6% de no presentar riesgo cardiovascular, y aquellos que no utilizaron esta estrategia tuvieron un 60% de riesgo cardiovascular, esto se puede apreciar mejor en el gráfico 1.

Tabla 8

Resultados del Valor de Significancia de las subescalas de Afrontamiento relacionadas con la Medida de Riesgo Cardiovascular

Tabulación cruzada	Valor X ₂	gl	sig.
Afron.1 vs. Riesgo Card.	1.978	1	0.278
Afron.2 vs. Riesgo Card.	0.004	1	1.000
Afron.3 vs. Riesgo Card.	1.266	1	0.533
Afron.4 vs. Riesgo Card.	3.583	1	0.099
Afron.5 vs. Riesgo Card.	0.02	1	0.596
Afron.6 vs. Riesgo Card.			
Afron.7 vs. Riesgo Card.	1.039	1	1.000
Afron.8 vs. Riesgo Card.	0.209	1	1.000

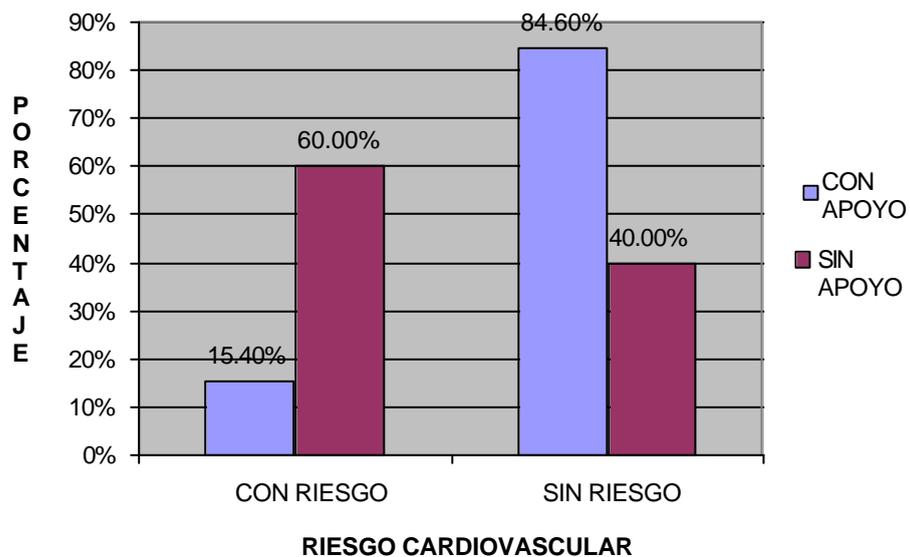


Gráfico 1. Presencia de Búsqueda de Apoyo Social vs. Presencia de Medida de Riesgo Cardiovascular.

DISCUSION

La enfermedad coronaria es una de las problemáticas que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial, siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo occidental, afectando cada vez más a personas altamente productivas y que después de enfrentarse a una situación de estas, quedan en algunas ocasiones con dificultades para reincorporarse a la fuerza laboral y a otros aspectos de su vida cotidiana.

Es importante tener en cuenta el impacto emocional que supone para el paciente el verse enfrentado a una enfermedad de este tipo. Según Blanco (1994), en un primer momento el paciente puede reconocer la gravedad de su situación, lo que va a generar en él sentimientos de tristeza, impotencia y abatimiento, así como manifestar a su vez elevados niveles de ansiedad. Dicha reacción se considera normal ante un evento difícil como éste; sin embargo dichas reacciones si perduran en el tiempo y aumentan su intensidad pueden generar un cuadro depresivo que dificultaría el proceso de rehabilitación del paciente. Así mismo, puede presentarse una actitud pasiva por parte del paciente ante la enfermedad, o por el contrario, utilizar el mecanismo de defensa de negación, manifestando de esta manera menos ansiedad y menos reacciones depresivas. El paciente además de sentirse deprimido y nervioso, se encuentra temeroso respecto a sus capacidades y presenta precaución exagerada a la hora de realizar cualquier actividad o esfuerzo físico. También es frecuente la presencia de dolores en el pecho, que pueden ser manifestaciones de la ansiedad que se encuentra experimentando el paciente.

Lo anterior va a dificultar y obstaculizar la reincorporación laboral, social y familiar del paciente. De esta manera, es frecuente encontrar que el paciente

teme volver al trabajo, ya sea porque se siente incapaz de realizar el esfuerzo físico necesario o porque lo considere como la causa de su infarto o un generador de estrés y ansiedad (Blanco, 1994). Igualmente, el estado ocupacional pre-operatorio es el más importante de los factores pronósticos en lo que se relaciona con la situación profesional post-operatoria, pues entre mayor es el desempleo antes de la cirugía, menores son las posibilidades de regreso al trabajo después de ella. Una época de desempleo corto (menos de 3 meses) no conduce a proyecciones negativas sobre la situación ocupacional después de la cirugía. Pero en los enfermos que no trabajan de 3 a 6 meses antes de la cirugía existe un alto riesgo en el regreso al trabajo. (Drori, Lederman, Marín, 1996). De igual manera la condición laboral actual del 84% de los participantes supone una relativa estabilidad, condición que puede también estar explicando la poca variabilidad en los resultados. Esta connota la importancia de las fuentes de apoyo individual y social, sumado a las condiciones mismas del programa que favorece y facilita la adaptación a una nueva condición y estilo de vida.

Para el paciente, basarse en las indicaciones médicas que debe seguir alguien que padezca una enfermedad coronaria, no solo altera los hábitos que venía manteniendo, sino que en muchos casos resultan contrarios a las costumbres aceptadas por su grupo; alterando así la forma que el paciente tiene de relacionarse con los demás. Igualmente en el ámbito familiar y de pareja pueden aparecer problemas, ya sea que el paciente reclame continuamente atención de los que lo rodean, o puede ser que la familia tome una actitud excesivamente protectora con el paciente reforzando con ello sus miedos y limitando sus capacidades más allá de lo necesario. Pueden aparecer

dificultades sexuales debido al temor del paciente a reiniciar éste tipo de relaciones tanto por el esfuerzo físico como por el componente emocional que éstas conllevan.

Como se conoce, las causas para que se presenten los problemas coronarios son variadas. En estudios como los de Affleck, Tennen, Croog, & Levine, (1987); De Valle & Norman, (1992); Mumma & McCorkle, (1982) citados por Weinman, Petri, Sharpe y Walker (2000) encontraron que dentro de las más comunes están el estrés, los malos hábitos de salud, el consumo de alimentos poco saludables, el tabaquismo y el sobrepeso. Igualmente, Brody (1993) citado por Blanco, (1994) plantea dentro de estas causas las características propias de respuesta ante situaciones específicas en las que cada persona utiliza una manera de afrontamiento diferente. Según Dafoe, y Huston (1997), está bien reconocido que el manejo óptimo de los niveles de lípidos puede disminuir los síntomas de la enfermedad coronaria, así como lograr, de la manera más favorable disminuir su progreso. Teniendo en cuenta lo anterior, se consideró importante en ésta investigación establecer si la medida de riesgo cardiovascular (CT/HDL) tenía alguna influencia en los resultados de las otras variables para así establecer la existencia de riesgo o no, ya que ésta es una medida que hace referencia a niveles adecuados de lípidos.

Los resultados obtenidos muestran claramente que no se presentaron diferencias significativas al hacer éste tipo de relación, por lo cual no se pudo comprobar que el nivel de alguna de las variables influía en el aumento o disminución de otra de ellas. Lo anterior no quiere decir que estas variables no se puedan relacionar y llegar a constituirse en un factor de riesgo para esta población, ya que amplio número de investigaciones han encontrado que la

ansiedad juega un papel importante dentro de los factores de riesgo y que contribuyen al desarrollo de la enfermedad coronaria. Así mismo se ha demostrado que pacientes altamente ansiosos presentan un incremento en el riesgo de padecer infarto del miocardio (Januzzi, Stern, Pastermark, DeSanctis, 2000). La respuesta al estrés y las formas de afrontamiento del mismo, combinadas con otros factores de riesgo como el nivel alto de colesterol, pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad (Brody, 1993) citado por Taylor, (1995). De acuerdo con lo anterior, se esperaba encontrar en los participantes niveles de estrés y ansiedad más significativos acordes con lo planteado en la teoría, y que permitieran establecer un nivel de relación entre dichas variables; pero contrario a esto se encontró que los niveles de estrés y ansiedad obtuvieron una medida dentro de los rangos normales.

Es importante tener en cuenta que todos los participantes se encuentran afrontando una situación de enfermedad coronaria y que actualmente participan en la fase II de un programa de rehabilitación para dicha situación. Dichos programas pueden conseguir la normalización de la estabilidad psicológica del paciente que se ve afectada cuando se presenta una situación de enfermedad coronaria, donde es importante la asistencia psicológica y social, así como la misma rehabilitación cardíaca. Dentro de los objetivos específicos de dicha fase se encuentran el lograr la actividad física independiente dentro y fuera de la casa, la readaptación familiar, social y ocupacional y la independencia física y psíquica de la persona; en ella es fundamental la adherencia al ejercicio regular y las intervenciones educativas de cambios de conducta y hábitos, de información sobre la enfermedad y sus diferentes perspectivas y tratamientos (Montoya y Marín, 1999). Lo anterior

hace pensar que muchos de los niveles elevados que pudieran existir en las diferentes variables, de alguna manera son controlados por éste tipo de programas, y por lo cual puede ser una de las razones para que los resultados no se presentaran en la dirección esperada.

Las hipótesis planteadas en un principio, como fueron la relación entre la condición laboral y los niveles de estrés, ansiedad, y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad coronaria, no pudieron ser comprobadas; pero igualmente se obtuvieron resultados importantes de analizar, como fueron los relacionados con la medida de riesgo cardiovascular y un estilo de afrontamiento en particular como la búsqueda de apoyo social. Se encontró que la utilización de esa búsqueda de apoyo por parte de los participantes, influyó en que los niveles estuvieran altos o bajos respecto a la medida de riesgo cardiovascular, entendiéndose que a mayor apoyo social se presentaron menores casos de riesgo cardiovascular y viceversa, razón por la cual podría considerarse ese apoyo como un factor protector a la hora de enfrentar eventos como éstos. Según Stewart y col. (1997), citado por Hanoch (1999), la búsqueda de apoyo social es la estrategia más frecuentemente utilizada en el grupo de personas con enfermedad coronaria. Lo anterior puede apoyarse en lo expuesto por Coyne, Rohrbaugh, Shoham, Sonnega, Nicklas, Cranford, (2001), quienes explican que existe evidencia respecto a que el apoyo social se encuentra asociado con mejores respuestas en la enfermedad coronaria y reduce así mismo las causas de mortalidad. En esta misma dirección, Blanco (1994), plantea que en algunos casos los pacientes pueden poseer recursos sociales que les faciliten el manejo de las situaciones estresantes, como son las redes de apoyo; cuando esto no ocurre, no solo se

van a encontrar más desprotegidos sino que además esto va a favorecer el hecho de que se perciban más situaciones como amenazantes. Igualmente, según estudio realizado por el Departamento de Bioestadística de la Universidad de Carolina del Norte (2001), se encontró que personas que se hallaban hospitalizadas luego de sufrir un infarto, y percibían presencia de apoyo emocional antes de sufrir dicho evento, establecían este apoyo como el más poderoso y consistente predictor de supervivencia.

De esta manera se puede ver que el apoyo social ha surgido como un importante recurso para el afrontamiento eficaz, entendiendo éste último como “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” (Lazarus y Folkman, 1986).

Se puede decir que todo el proceso tanto físico como psicológico que experimenta la persona que padece una enfermedad coronaria, permite en la mayoría de los casos que se vaya logrando una etapa de aceptación, de adaptación y finalmente una etapa de adherencia tanto al tratamiento como al nuevo estilo de vida que se desprende de esta situación determinada.

Estos cambios a los que se ve enfrentado el paciente, permiten ir generando una mayor seguridad en diferentes ámbitos, pues a medida que se va estabilizando su condición física, se va recuperando su actividad. Igualmente esa seguridad también se presenta en el aspecto emocional, pues como se dijo anteriormente, la persona pasa por etapas normales de reacción ante un evento inesperado como lo es su enfermedad.

Lo anterior no sólo se encuentra soportado por la red de apoyo que tenga la persona, sino también el estar vinculado a un proceso de rehabilitación que busca el equilibrio del paciente en el aspecto físico y psicológico, así como la readaptación familiar, social y ocupacional. Así mismo, la etapa de aceptación que consiste en el reconocimiento de la enfermedad que se padece y actuar de acuerdo a ello, facilita la adaptación a la enfermedad siendo esto fundamental para que la persona pueda habituarse a su nuevo estilo de vida.

Finalmente, teniendo en cuenta que no se logró establecer una relación significativa entre las diferentes variables en estudio, se podría plantear un estudio que lograra abarcar un mayor número de participantes, para corroborar de esta manera, no sólo los resultados obtenidos, sino la teoría existente respecto al tema.

REFERENCIAS

- Bakal, D. (1996) "Psicología y Salud" Editorial Desclée De Brouwer, Biblioteca de Psicología. España.
- Blanco A. (1994). Apuntes de Intervención Psicológica en Medicina. Valencia, España. Promolibro.
- Bellack, A.; Lombardo, T. (1985). Measurement of Anxiety. Behavior Theories and Treatment of Anxiety. Pp. 51-89. New York: Plenum Press.
- Camacho, M.; Triana, M. (1990). Estudio de la Correlación entre Conocimientos de la Enfermedad, Adherencia al Tratamiento y Estilo de Afrontamiento en 200 personas con Artritis Reumatoide. Tesis de Grado. Universidad Católica de Colombia.
- Christman, N., McConnell, E., Pfeiffer, C., Webster, K., Schmitt, M., & Ries, J. (1998). Uncertainty, coping and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. Research in Nursing and Health. 11, 71-82.
- Caballo V. (1998). Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. 2 Formulación Clínica, Medicina Conductual y Trastornos de Relación. México; Siglo veintiuno .
- Coyne, J; Rohrbaugh, M; Shoham, V; Sonnega, J; Nicklas, J; Cranford, J. (2001). Prognostic Importance of Marital Quality for Survival of Congestive Heart Failure. American Journal Cardiology. 88(5): 526-529. Disponible en: www.gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi
- Coles, R y Coles, J (1978). Women of crisis, lives and struggle and hope. New York: Dell.

Cousson-Gelie F., Taytard, A. (1999). Coping strategies utilized by asthma patients. 15 - 17

De Llano, J. Sosa, B., Lozano, J. (1999). Resultados Psicológicos de la Rehabilitación Cardíaca. Instituto de Cardiología. Madrid.

Drori, J., Lederman, D., Marín F. (1996). Avances en Rehabilitación Cardíaca. Ediciones Hispanoamericanas. Bogotá, Colombia.

Fernández, J.; Mielgo, M. (1996). Manual de Escalas de Apreciación del Estrés. Madrid: TEA Ediciones, S.A. Segunda Edición.

Gómez, V. (2000). Relación entre estrés e inmunidad: una visión crítica a la investigación. Revista Latinoamericana de Psicología 32 No.1, 31-45.

Hanoch, L. (1999). Psychosocial Adaptation to Heart Disease: The role of Coping Strategies. Journal of Rehabilitation. 65, 24-32.

Hansen, D y Hill, R (1964) "Family under stress". En H. Christensen (Ed.), Handbook of marriage and the family Chicago: Rand McNally.

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (1991) Metodología de la investigación. México; McGraw Hill.

Houston, B. K. (1983). Coping with Chronic Disease: definitions and issues. New York : Plenum Press

Januzzi J., Stern T., Pastemak, R., DeSanctis, R. The Influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients with Coronary Artery Disease. ARCH INTERN MED 160, 1913-1919. Disponible en <http://archinte.ama-assn.org/ai/y2000v160/J.html>

Jerram, K., Coleman, P (1999). The big five personality traits and reporting of health problems and health behavior in old age. British Journal of Health

Psychology. 4 Disponible en Proquest. Dirección electrónica:
www.umi.com/pqdweb

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. En: CentyW.D. (Ed) Handbook of Behavioral Medicine. New York: The Guildford Press.

Lazarus R.S. y Folkman, S. (1986) “Estrés y procesos cognitivos”.
Barcelona: Martínez Roca.

López, C. (1992). Pautas para el Curso de Metodología en Investigación Clínica. Santafé de Bogotá.

McCubbin, H. Boss, P. Wilson, L y Lester, G (1980) “Developing family invulnerability to stress: Coping patterns and strategies wives employ”. En J, Trust (Ed.) The Family and Change. Sweden: international library.

Mechanic, D (1974) “Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions”. En G, Coelho, D. Hamburg y J, Adams (Eds.), Coping and Adaptation. New York: Basic Books.

Meichenbaum, D. (1987). Manual de Inoculación del Estrés. Barcelona: Martínez Roca.

Meneghan (1983) “Individual coping efforts and family studies” En H.I McCubbin, M.B Sussman y J.M. Patterson (Eds.), Social Stress and the family: advances and developments in family stress theory and research. 6
New York: Haworth.

Montoya, E; Marín, F. (1999). Rehabilitación Cardiovascular. Cardiología. Sociedad Colombiana de Cardiología. Santafé de Bogotá, Colombia.

- Murphy, L. (1974). "Coping vulnerability and resilience in childhood". En G.Coelho, D. Hamburg y Adams (Eds.), Coping and Adaptation. New York: Basic Books.
- Neufeld, R. (1984). Psicopatología y Estrés. España: Toray S.A.
- Pearlin, L. Schooler, C (1978). "The structure of coping" Journal of health and social behavior, 19, 2-21.
- Omar, A.G. (1995) "Stress y Coping" Buenos Aires, Editorial Lumen.
- Reynolds, RP., Hurley, S., Torres M, Jackson, J. Boyd, P., Chen VW. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: result from the black/white cancer survival study. Disponible en Proquest. Dirección electrónica: www.umi.com/pqdweb
- Reiss, D (1981), The Families Construction of Reality. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rifkin,J. (1994) "El Fin del Trabajo." España, Paidós.
- Taylor S. (1995). "Health Psychology" . McGraw Hill. Tercera Edición.
- Tobal, M.; Cano, A. (1994). Manual Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Madrid, TEA Ediciones.
- Scherer R., Hwang C., Yan W. (2000). The dimensionality of coping among chinese health care workers. College of Business and Administration, Wright Satté University, Dayton, Ohio, USA.
- Shirley, M., (2000). Demographic factors as predictors of coping strategies among police officers. New York University, USA.
- Vinaccia Stefano, (1989) "Psicología de la Salud en Colombia" Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología. 2, 255-260.

Weinman, J., Petrie, K., Sharpe, N., Walker, S. Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. British Journal of Health Psychology. Sep. 2000. 5.

Disponible en Proquest. Dirección electrónica: www.umi.com/pqdweb

Wonghogkul, T., Moore SM., Musilc, Schneider, S, Deimling, G. (2000) The influence of uncertainty in illness, stress appraisal and hope on coping in survivors of breast cancer. Disponible en Proquest. Dirección electrónica www.umi.com/pqdweb