

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DE LICENCIATURA

“ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE CARDIACO”

María Macarena Furnari

2615536752

macafurnari@gmail.com

Director: Lic. Arturo Piraces

Co-directora: Lic. Noelia Centeno

05/09/2016

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Nota:

Agradecimientos

Es importante para mí hacer un agradecimiento a las personas que me ayudaron a concretar esta investigación, como también a los que me acompañaron a lo largo de toda la carrera.

En primer lugar a mi familia, que siempre me apoyo incondicionalmente desde el día que decidí dejar una carrera para empezar a estudiar psicología. Y que me han acompañado a lo largo de estos últimos casi seis años, y que gracias a toda su ayuda hoy estoy finalizando mis estudios.

A mi director de tesis, Lic Arturo Piraces, que sin conocerme acepto hacerse cargo de este equipo de trabajo, aportar sus conocimientos, facilitarme bibliografía y siempre mostrarse con mucha buena predisposición, para salvar dudas, responder mensajes, llamadas y mails, corregir, y hasta recibirme los sábados en la mañana cuando tenía que molestarlo de manera urgente para que firme anteproyecto, informes y notas, para poder presentarlos al lunes siguiente. ¡Gracias profe por la paciencia y predisposición!

A mi co-directora de tesis, Lic. Noelia Centeno, que empezó siendo un ejemplo a seguir cuando la conocí en segundo año de la carrera como profesora de Neurociencias II, pero que al día de hoy no solo la considero ejemplo a seguir, sino también mi amiga, a quien admiro y respeto mucho, no solo por lo profesional sino también por su modo de ver y encarar la vida. A pesar de los muchos mensajes, mails y llamadas, siempre estuvo con una sonrisa y con el buen humor característico de ella para motivarme y corregirme hasta el más mínimo detalle para que todo salga de la mejor manera. ¡Gracias por tanta paciencia!

A mi padrino, Dr.Furnari (Beto), que gracias a él tuve un espacio en el Hospital Italiano, siendo un lugar donde además de realizar mi tesis y obtener la muestra de participantes, también me dejó anécdotas, amistades y enseñanzas que no voy a perder nunca. El mismo agradecimiento es hacia todo el servicio de Hemodinamia del hospital, ya que no solo se mostraron entusiasmados con mi tesis, sino que también me hicieron sentir parte, y me incentivaban a seguir aprendiendo temas por más que no estaban relacionados con el mío, y me permitieron tener un rol activo e independiente con los pacientes, ya sea en sala pre o pos operatoria y hasta en el quirófano.

Y a la Dra. Celina Korzeniowsk, del Instituto de Investigaciones de Facultad de Psicología de UDA, a quien considero como mi asesora metodológica. Gracias a su paciencia, dedicación y buena predisposición a la hora de explicar más de una vez cada aspecto metodológico, y responder cada mensajito en cualquier momento del día para salvar cualquier duda.

¡¡GRACIAS!!

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivos describir el nivel de ansiedad, sus síntomas y las estrategias de afrontamiento que se presentan en el paciente cardiaco. Se realizó una investigación descriptiva, con una muestra intencional o de conveniencia, compuesta por 30 sujetos, de los cuales 11 son mujeres y 19 hombres que se encontraban próximos a realizarse una coronariografía en el Servicio de Hemodinamia de Hospital Italiano de Mendoza. Se administraron: Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) y Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Chacot y Sadin, 2003). Resultados: en los participantes predominó un nivel de ansiedad de moderado a grave, con prevalencia de siete síntomas: nerviosismo, hormigueos o entumecimientos, miedo a que suceda lo peor, sensación de inseguridad o inestabilidad física, incapacidad para relajarse y dificultad para respirar. Acerca de las estrategias de afrontamiento, la que tuvo predominancia fue Reevaluación Positiva.

ABSTRACT

This paper aims to describe the level of anxiety, its symptoms and coping strategies presented in the cardiac patient. A descriptive study was conducted with a purposive or convenience sample composed of 30 individuals, of whom 11 are women and 19 are men, who were all close to a coronary angiography performed in the Hemodynamics Service of Hospital Italiano de Mendoza. There were administered: Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown and Steer, 1988) and Coping Strategies Questionnaire (Chacot and Sadin, 2003). Results: there was a predominant level of anxiety of moderate to severe, with prevalence of seven symptoms: nervousness, tingling or numbness, fear that the worst will happen, a feeling of insecurity or physical instability, inability to relax and difficulty breathing. Regarding coping strategies, the one that prevailed was positive re-evaluation.

INDICE

PARTE 1: MARCO TEÓRICO

I.	Capítulo 1 Enfermedad cardiaca.....	10
	1. Cardiología.....	11
	2. El corazón.....	11
	2.1.Fisiología del musculo cardiaco.....	12
	2.2.Ciclo cardiaco.....	12
	3. Antecedentes de la enfermedad coronaria.....	12
	4. Estadísticas cardiacas.....	14
	5. Factores de riesgo coronario.....	15
	5.1.Factores de riesgo físico en la enfermedad coronaria.....	17
	5.2.Factores de riesgo psicológico en la enfermedad coronaria.....	21
	5.3.Otros factores de riesgo.....	22
	6. Procedimientos.....	22
	6.1.Coronariografía.....	23
	6.2.Angioplastia Coronaria.....	23
II.	Capítulo 2: Hospital Italiano.....	25
	1. Reseña histórica del Hospital Italiano de Mendoza.....	26
	2. Área del Hospital donde se trabajó: Servicio de Hemodinamia diagnóstica y terapéutica.....	27
	2.1.Funcionamiento del Servicio de Hemodinamia diagnóstica y terapéutica del Hospital Italiano.....	27
	2.2.Estadísticas de consultas.....	28
	2.3.Procedimiento del paciente sometido a una coronariografía dentro del Servicio de Hemodinamia.....	29
III.	Capítulo 3: Ansiedad.....	31
	1. Ansiedad: Definición.....	32
	1.1.Rasgos comunes de la ansiedad.....	33
	2. Aspectos biológicos de la ansiedad.....	35
	2.1.Psicofisiológica.....	35
	2.2.Neurofisiología.....	36
	2.3.Neurotransmisores.....	39
	3. Teorías cognitivo conductuales de la ansiedad.....	40
	3.1.Modelo conductual.....	40
	3.2.Modelo cognitivo.....	41
	3.2.1. Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad. ...	43
	3.3.Ansiedad adaptiva vs. Ansiedad patológica.....	44
	3.4.Ansiedad vs. Miedo vs. Angustia.....	45
	3.5.Ansiedad y estrés.....	47
	3.5.1. Estrés.....	47

3.5.2. Recapitulación y puntualizaciones	48
4. Ansiedad y el paciente cardiaco.....	48
4.1.Sintomatología ansiosa cardiovascular.....	48
4.2.Antecedentes de la relación entre la ansiedad y el paciente cardiaco.....	49
4.3.Características el paciente cardiaco: Personalidad tipo A.....	50
4.4.Investigaciones relacionadas.....	51

IV. Capítulo 4: Afrontamiento.....	53
1. Afrontamiento ¿Qué es?.....	54
1.1.Eficacia del afrontamiento.....	63
1.2.Afrontamiento ¿Adaptativo o no adaptativo?.....	64
1.3.Afrontamiento: Estilo vs. Proceso vs. Estrategia.....	65
1.3.1. Estrategias de Afrontamiento.....	65
1.3.2. Estilos de Afrontamiento.....	66
1.3.3. Proceso de Afrontamiento.....	67
2. Afrontamiento en el paciente cardiaco.....	69
2.1.Condicionantes del afrontamiento	70
2.2.Modelos teóricos del afrontamiento	74
2.2.1. Modelo de Lipowski.....	74
2.2.2. Modelo de Ray, Lindop y Gibson.....	75
2.2.3. Modelo de Moos y Schaefer.....	78
2.2.4. Teoría de Temoshok: personalidad y estilos de afrontamiento.....	78
3. Investigaciones relacionadas.....	79

PARTE 2: MARCO METODOLÓGICO

V. Capítulo 5: Metodología del trabajo.....	83
1. Variables evaluadas.....	84
2. Objetivos del trabajo.....	84
2.1. Preguntas de investigación.....	84
3. Método.....	84
3.1. Tipo de estudio.....	84
3.2. Diseño.....	85
3.3. Descripción de la muestra.....	85
3.4. Sujetos o participantes.....	85
3.5. Instrumentos utilizados.....	86
3.5.1. Descripción de instrumentos utilizados.....	86
3.5.1.1. Entrevista semidirigida sociodemográfica y medica.....	86
3.5.1.2. BAI, Cuestionario de Ansiedad de Beck.....	86
3.5.1.3. Cuestionario de afrontamiento al estrés.....	87
4. Procedimiento.....	88
5. Presentación, análisis y discusión de resultados.....	88
5.1. BAI, Cuestionario de Ansiedad de Beck.....	88

5.2. Cuestionario de afrontamiento al estrés.....90
6. Conclusiones.....92

VI. Referencias Bibliográficas.....98

VII. Anexos.....102

PARTE 1
“MARCO TEORICO”

I. ENFERMEDAD CARDIACA

1. Cardiología

Al hablar del paciente cardiaco, resulta relevante aclarar en qué consiste la rama de la medicina encargada de tratar a dichos pacientes.

La cardiología es la rama de la medicina que se ocupa de estudiar al corazón en todos sus aspectos, tanto en lo relacionado con la propia estructura del músculo como a lo relativo a las funciones, problemas que pueda tener, enfermedades, etcétera. Con ello tenemos un mejor conocimiento del mismo y también más información para evitar cualquier tipo de afección que pueda comprometerlo.

2. El corazón

El corazón pesa entre 200 a 425 gramos y es un poco más grande que una mano cerrada. Al final de una vida larga, el corazón de una persona puede haber latido (es decir, haberse dilatado y contraído) más de 3.500 millones de veces. Cada día, el corazón medio late 100.000 veces, bombeando aproximadamente 7.571 litros de sangre, y se encuentra entre los pulmones en el centro del pecho, detrás y levemente a la izquierda del esternón.

El corazón es el músculo que bombea sangre rica en oxígeno y nutrientes a los tejidos del cuerpo a través de los vasos sanguíneos. Así es que mantiene la sangre en movimiento en el cuerpo de forma unidireccional, es un circuito cerrado, es decir que nada se pierde. Los atrios reciben la sangre que vuelve al corazón, los ventrículos bombean la sangre del corazón hacia fuera. Las arterias transportan la sangre oxigenada desde el corazón hacia los tejidos del cuerpo. En los tejidos se extraen los nutrientes y vuelve a través de las venas, las cuales son las encargadas de transportar la sangre de vuelta al corazón.

Su estructura está conformada por tres capas:

- Pericardio: la cual es una lámina que lo envuelve por fuera
- Miocardio: es el músculo cardíaco, encargado de impulsar la sangre por el cuerpo mediante su contracción.
- Endocardio: la cual es una capa fina que lo recubre por dentro.

Dentro del corazón hay cuatro cavidades, dos aurículas situadas en la parte superior (aurícula derecha y aurícula izquierda) y dos ventrículos situados en la parte inferior (ventrículo derecho y ventrículo izquierdo). También hay cuatro válvulas: dos válvulas aurículo ventriculares, la válvula tricúspide separa la aurícula derecha del ventrículo derecho y la válvula mitral separa la aurícula izquierda de la ventrícula izquierda. Las otras dos son ventrículos arteriales, la válvula pulmonar separa el ventrículo derecho de la arteria pulmonar y la válvula aortica separa el ventrículo izquierdo de la arteria aorta. (Guyton y Hall, 2011)

2.1. Fisiología del músculo cardíaco

El corazón está formado por tres tipos principales de músculos cardíaco: músculo articular, músculo ventricular y fibras musculares especializadas de excitación y de conducción. El músculo auricular y ventricular se contrae de manera similar al musculo esquelético, excepto que la duración de la contracción es mucho mayor. No obstante, las fibras especializadas de excitación y de conducción se contraen solo débilmente porque contiene pocas fibrillas contráctiles; en cambio, presentan descargas eléctricas rítmicas autonómicas en forma de potenciales de acción o conducción de potenciales de acción por todo el corazón, formando así un sistema excitador que controla el latido rítmico cardíaco. (Guyton y Hall, 2011)

2.2.Ciclo cardíaco

Se llama ciclo cardíaco a los fenómenos cardíacos que se producen desde el comienzo de un latido cardíaco hasta el comienzo del siguiente. Cada ciclo es iniciado por la generación espontánea de un potencial de acción en el nódulo sinusal. Este ciclo, está formado por un período de relación que se denomina diástole, seguido de un periodo de contracción denominado sístole. (Guyton y Hall, 2011)

3. Antecedentes de la enfermedad coronaria

La palabra corazón deriva etimológicamente de la palabra latina Cor y del griego Ker,Kear o Kardia. Los primeros indicios referentes a la enfermedad del corazón se encuentran en la ciudad de Tebas. El manuscrito de medicina más extenso del antiguo Egipto (1.550 a.c) es un fragmento del papiro de Ebers, en el que se detallan cómo se pueden tratar las enfermedades del corazón. Los egipcios ya sabían cómo reconocer el pulso y cómo el dolor en el pecho y en los brazos se relacionaba con la muerte súbita.

En la edad media Hipócrates, Galeno, Celso y otros hicieron grandes aportaciones de cara a describir el sistema circulatorio del cuerpo. En esa época era más habitual informar de los síntomas que de la patología. En el siglo XVI los cuadros clínicos comenzaron a detallarse con mayor exactitud, así William Harvey en su libro “De motus cordis” (1650) plantea una teoría revolucionaria en cuanto a la circulación de la sangre, donde el corazón es el motor de impulsión y el órgano más importante del cuerpo humano. También, en España, Miguel Servet desarrolla planteamientos relacionados con la circulación menor que junto a Marcelo Malpighi posibilitan que se vayan modificando las ideas antiguas sobre la circulación sanguínea. En 1749 Jean-Baptiste Sénac (1693-1770) escribe que el corazón es una máquina hidráulica remarcando la dependencia recíproca del corazón sobre los vasos de los que es origen y término. Este médico francés comienza a tratar las enfermedades del corazón reduciendo el trabajo cardíaco a través de sangrías con el fin de disminuir el volumen sanguíneo, también aconsejaba evitar el ejercicio, los esfuerzos, los movimientos violentos, o las comidas copiosas, etc. Las últimas décadas del siglo XIX y principios del XX fueron decisivas para la ampliación de nuevas técnicas como los cateterismos. Además se obtuvieron datos más objetivos en relación a las enfermedades del corazón (arritmias, cardiopatía isquémica, cardiopatías congénitas, valvulopatías o insuficiencia cardíaca) La obtención de estos datos más rigurosos lo proporcionan avances tecnológicos como los rayos X. de Roentgen en 1895, la medición de la presión arterial con el método del esfigmomanómetro de Riva-Roci (1896), el estetoscopio de Korotkov (1904), el electrocardiografía de Eithoven (1901), instrumentos todos ellos que sirven para diagnosticar con más precisión las diferentes tipologías de enfermedad cardíaca. James Mackenzie (1852-1925) describe por primera vez, los síntomas de la insuficiencia cardíaca. Clasifica las funciones del corazón en: excitabilidad, conductibilidad, contractilidad y tonicidad, con lo que el agotamiento de la reserva de alguna de estas funciones conducía a distintas manifestaciones clínicas. Para Thomas Lewis (1918) la insuficiencia cardíaca es la incapacidad del corazón para descargar sus contenidos adecuadamente. En el siglo XX aparece el libro “Diseases of Heart and Circulation” (1950) de Paul Wood (1907-1962), piedra angular de la actual cardiología. Este autor asocia los conceptos fisiológicos con los hallazgos clínicos de los pacientes con insuficiencia cardíaca. En lo que resta de la década son importantes las aportaciones

farmacológicas que se hacen al respecto de la insuficiencia cardiaca, el uso de Digoxina, Diuréticos, IECAs, BetaBloqueante, además de la cirugía cardiaca con marcapasos, desfibriladores, resincronizadores y trasplante.(Herrerros y Bandrés, 2006, citado por Montero, 2011, pp11-13)

4. Estadísticas cardiacas

Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo, cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a accidentes cardiovascular (AVC). De los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV.

Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda. (OSM, 2015)

La Organización Mundial de la Salud prevé que para el 2020 las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes) serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la morbilidad total (OMS, 2000).

5. Factores de riesgo coronario

Los factores de riesgo coronario, se definen como una “condición; biológica, estilo de vida o hábitos adquiridos, que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedad coronaria.”. Es la probabilidad estadística que tiene una persona en cuanto a la prevalencia o recurrencia de una enfermedad ante determinadas combinaciones fisiopatológicas. Esta relación no excluye la existencia de la enfermedad en ausencia de esos factores, ni tampoco la falta de la misma en presencia de ellos (Velasco y otros, 2000, citado por Montero, 2011).

En relación a la enfermedad cardíaca el Texas Heart Institute (2007) define que los factores de riesgo cardiovascular son aquellos que contribuyen a aumentar la probabilidad de que suceda un evento cardíaco adverso. Los factores de riesgo se dividen en dos categorías: modificables y no modificables. La corrección de los factores de riesgo modificables es primordial para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. No es fácil, ya que se trata de cambiar hábitos de vida (costumbres alimentarias, hábitos tóxicos) que están muy arraigados en los estilos de vida (Gallar, 1998, citado por Montero, 2011).

No hay que pasar por alto que la suma de varios factores de riesgo en una misma persona la hacen más vulnerable ante la enfermedad, ya que los factores de riesgo cardiovascular tienen un efecto acumulativo, aditivo y progresivo respecto al riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (Wilson, Kannel, Sibershatz y D'Agostino, 1999; Yusuf, Giles, Croft, Anda y Casper, 1998, citado por Montero, 2011).

5.1. Factores de riesgo físico en enfermedad coronaria.

a. Presión arterial alta

La hipertensión arterial aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Aunque otros factores de riesgo pueden ocasionar hipertensión, es posible padecerla sin tener otros factores de riesgo. Las personas hipertensivas que además son obesas, fuman o tienen niveles elevados de colesterol en sangre, tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una enfermedad del corazón o un accidente cerebrovascular. La presión arterial varía según la actividad y la edad, pero un adulto sano en reposo generalmente tiene una presión sistólica de menos 120 y una presión diastólica de menos 80.

b. Colesterol elevado

Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado. El colesterol es una sustancia grasa (un lípido) transportada en la sangre, se encuentra en todas las células del organismo. El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas. El organismo obtiene colesterol adicional de alimentos de origen animal (carne, huevos y productos lácteos). Aunque a menudo atribuimos la elevación del colesterol en sangre

al colesterol que contienen los alimentos que comemos, la causante principal de ese aumento es la grasa saturada de los alimentos. La materia grasa de los productos lácteos, la grasa de la carne roja y los aceites tropicales tales como el aceite de coco son algunos de los alimentos ricos en grasa saturada. Cuando la sangre contiene demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), éstas comienzan a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la enfermedad denominada «aterosclerosis». Cuando se acumula placa en las arterias coronarias que riegan el corazón, existe un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón.

c. Diabetes

Los problemas del corazón son la principal causa de muerte entre diabéticos, especialmente aquellos que sufren de diabetes del adulto o tipo II («diabetes no insulino dependiente»). Ciertos grupos raciales y étnicos (negros, hispanos, asiáticos, polinesios, micronesios, melanesios y amerindios) tienen un mayor riesgo de padecer diabetes. La Asociación Americana del Corazón (A.H.A, 2007) calcula que el 65 % de los pacientes diabéticos mueren de algún tipo de enfermedad cardiovascular.

d. Obesidad y sobrepeso

Se ha observado una asociación del Índice de Masa Corporal (IMC) y la obesidad con la hipertensión arterial, la dislipemia, la hiperglucemia y el sedentarismo (World Health Organization, 2000). Igualmente se han obtenido evidencias de que la asociación de la obesidad, medida por el IMC, con los factores de riesgo cardiovascular clásicos ha perdido fuerza en los últimos años (Flegal, Graubard, Williamson y Gail, 2005, citado por Montero, 2011). Otro factor relacionado es la adiposidad abdominal, manifestado en el perímetro abdominal, donde el riesgo se incrementa si es mayor de 88 cm en los hombres y 102 cm en las mujeres. Mantener el peso ideal y la actividad física disminuyen el riesgo en un 50% (Willet, Manson, y Stamper, 1995, citado por Montero, 2011)

e. Herencia

Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias. Por ejemplo, si los padres o hermanos padecieron de un problema cardíaco o circulatorio antes de los 55 años de

edad, la persona tiene un mayor riesgo cardiovascular que alguien que no tiene esos antecedentes familiares. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente. Además, los investigadores han determinado que algunos tipos de enfermedades cardiovasculares son más comunes entre ciertos grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, los estudios demuestran que los negros sufren de hipertensión más grave y tienen un mayor riesgo cardiovascular que los blancos. La mayor parte de los estudios cardiovasculares sobre minorías se han concentrado principalmente en negros e hispanos, utilizando a la población blanca como punto de comparación. Los factores de riesgo cardiovascular en otros grupos minoritarios aún están siendo estudiados.

5.2. Factores de riesgo psicológico en enfermedad cardíaca

Los factores de riesgo tradicionales sólo explican el 50% de los casos en cuanto a sufrir enfermedad cardíaca. El resto se explica por otros factores que interactúan con el individuo. A continuación, se detallarán aquellas variables de las que se sabe que tienen una influencia demostrada, a través de los diferentes estudios sobre la etiopatogenia, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. Siguiendo a Montero (2011), se pueden referenciar las siguientes:

a. El Patrón de Conducta Tipo A / PCTA Friedman y Rosenman (1974)

Después de numerosos estudios con pacientes cardíacos llegan a la conclusión de que el patrón de conducta tipo A es un factor de riesgo por sí mismo. Este patrón de conducta se considera específico de riesgo coronario, independientemente de otros factores de riesgo tradicionales (De la Fuente Arias, 1997; National Institute for Heart, Lung and Blood, 1981, citado por Montero, 2011). Esta conducta se manifiesta por una excesiva orientación hacia la consecución de objetivos, competitividad, búsqueda de reconocimiento y prestigio (Reuelta Bravo, 2002, citado por Montero, 2011). Son sujetos con tendencia a sobrecargarse de actividades, con una excesiva urgencia temporal, que reaccionan con hostilidad y agresividad en el caso de no conseguir sus metas. Es frecuente encontrar altos índices de estrés, debido a ese afán de no poder posponer las cosas o delegarlas en otros. Valdés y De Flores (1985, citado por Montero, 2011) afirman que estos sujetos viven percibiendo amenazas continuas a la autoestima, tienen una marcada preferencia por la acción, la dominación y la competición así como

una tendencia a la agresión, gesticulan con mucha frecuencia y tienen una entonación de voz alta. Estas características no forman parte del rasgo de personalidad, ni es una reacción del organismo ante una amenaza puntual o sobredemanda, sino que más bien se produce una reacción de una persona que está predispuesta de forma general a percibir una situación como desafiante. Se ha demostrado que estas personas tienden a presentar una mayor respuesta ante la estimulación tanto social como psicológica.

En cuanto a las reacciones fisiológicas que presentan las personas con Patrón de Conducta Tipo A cabría destacar:

- Una mayor estimulación simpática (tanto en frecuencia como en duración)
- Una “reacción de defensa” que se asocia con cambios cardiovasculares y bioquímicos que son dañinos para el corazón y circulación sanguínea.
- Y una mayor secreción de catecolaminas como reacción ante el estrés (hiperrespuesta fisiológica). Las catecolaminas tienen efecto directo sobre las arterias y el miocardio y de forma indirecta a través del aumento de la agregabilidad plaquetaria que facilita la creación de placas de ateroma y trombos.

b. Ira y hostilidad

Matthews (1988) indica que el tipo de conducta A no es un factor relevante para predecir la enfermedad coronaria, aunque sí lo son ciertas emociones negativas como la ansiedad y la hostilidad-ira. Existen muchos trabajos que insisten en que la ira o la hostilidad son factores de riesgo en la enfermedad cardíaca y en los trastornos cardiovasculares, independientemente de otros factores (Barefoof, Dahlstrom y Williams, 1983; Everson y cols, 1997; Haynes, Levine, Scoth, Feinleib y Kannel, 1978; Matthews, Glass, Rosenman, y Bortner, 1977; Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Siegman, Dembroski y Ringel, 1987 citado por Montero, 2011). De entre ambos parece ser que la hostilidad presenta una mayor asociación con la enfermedad cardíaca (Matthews, 1988, citado por Montero, 21011) Según Smith (1992), la hostilidad estaría asociada a una mayor reactividad cardiovascular lo cual contribuiría al desarrollo de la enfermedad coronaria El psiquiatra Maximino Lozano (1999) apunta que cuando se estudia a estos pacientes en un contexto terapéutico, estos pacientes presentan lo que en la psiquiatría americana se llama personalidad Alexitímica, caracterizada por la incapacidad para manifestar sentimientos, representar mentalmente el mundo de sus

relaciones y sus deseos, lo que provoca que los conflictos emocionales se canalicen a nivel somático. Con lo cual, la persona necesariamente se adecúa a esta forma de proceder y se vincula a ella de forma rígida.

c. *Ansiedad*

El efecto del estrés mental sobre la enfermedad cardíaca ha sido ampliamente demostrado (Frasure-Smith, Lesperance y Talajic; 1989, 1991, 1992, 1997). El estrés (agudo, subagudo o crónico) provoca isquemia miocárdica en pacientes con enfermedad arterial coronaria (Dakak, Quyyumi, Eisenhofer, Goldstein y Cannon, 1995; Krantz, Helmers, Bairey, Nebel, Hedges y Rozanski, 1991; Manuck, Olsson, Hjemdahl y Rehnqvist, 1992; Yeung y cols. 1991, citado por Montero, 2011). La ansiedad temprana después de un infarto está asociada con el aumento del riesgo de sufrir isquemias y arritmias (Moser y Dracup, 1996, citado por Montero, 2011). Según apunta el Dr. Lozano (1999) los cuadros de ansiedad arrastran al paciente a intentar mitigar su angustia fumando o comiendo alimentos que tiene prohibido, con lo cual se deberá reducir los niveles de la misma como medida de prevención. El estrés mental diario, incluyendo los sentimientos de tensión y tristeza, aumenta significativamente el riesgo de isquemia miocárdica en el año siguiente a situación de estrés (Gullette y cols, 1997). También existen datos acerca de que la ansiedad durante la hospitalización aumenta el riesgo de eventos cardiacos recurrentes, independientemente de la depresión (Frasure-Smith, 1995). En relación a esos datos Moser y Dracup (1996) comprobaron que los pacientes intrahospitalarios con una elevada ansiedad tenían casi cinco veces más riesgo de padecer una isquemia recurrente, reinfarto o muerte en comparación con aquellos que no tenían unos índices de ansiedad elevados. Los pacientes con ansiedad y enfermedad arterial coronaria a menudo muestran sistemáticamente una respuesta exagerada al estrés, caracterizada por un aumento anormal en la producción de catecolaminas, lo que puede resultar en un aumento de la demanda miocárdica de oxígeno debido a elevaciones en la tasa cardíaca, presión arterial, y la tasa de contracción ventricular (Krantz, Helmers, Bairey, Nebel, Hedges y Rozanski, 1991; Manuck y cols. 1992).

d. Depresión

Tras un infarto de miocardio es frecuente que aparezca una reducción de las expectativas vitales, sentimientos de incapacidad, menor autoestima, una reincorporación laboral en condiciones diferentes (otro ritmo, otro puesto...), culpabilización por las conductas de riesgo pre-infarto, crisis de valores, etc. La depresión es un factor de riesgo tanto para el infarto de miocardio como para la mortalidad por enfermedad cardíaca. (Barefoot; Helms, Mark y Blumenthal, 1996; Barefoot y Schroll, 1996; Pratt, Ford, Crum, Armenian, Gallo y Eaton, 1996). Más de un 25% de los pacientes post- infarto padecen una severa y a menudo recurrente depresión mayor (Barefoot y cols. 1996. Barefoot y Schroll, 1996; Blazer, 1982) y un 65% manifiestan síntomas diagnosticables de depresión mayor o menor (Carney, Freedland, Sheline y Weiss, 1997). La depresión puede tener consecuencias sobre el curso de la patología en cuanto al cumplimiento de las medidas preventivas o terapéuticas, e incluso, en su participación en arritmias y la muerte súbita (Tomás, 1988). La conducta de personas deprimidas puede influir negativamente en su pronóstico a largo plazo, existiendo una baja adherencia a la medicación prescrita y a las terapias cardioprotectoras (Carney, Freedland, Sheline y Weiss, 1995), así como una baja probabilidad de llevar a cabo modificaciones en los factores de riesgo (Glassman, 1990). La unión entre la enfermedad arteriocoronaria avanzada y la depresión causa casi el doble de deterioro social que el que pueda ser causado por otras condiciones aisladamente (Wells 1992). Frasure-Smith, Lesperance y Talajic, (1993) en sus estudios descubrieron que la depresión estaba asociada a un aumento del riesgo de mortalidad cuatro veces superior durante los primeros seis meses siguientes a un infarto. Y los síntomas depresivos estaban asociados con un aumento de la mortalidad cardíaca ocho veces superior en un periodo de 18 meses de seguimiento (Frasure-Smith, Lesperance y Talajic, 1995a, 1995b y 1995c). El mecanismo por el cual la depresión aumenta la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes no está claro. Los pacientes con depresión presentan una elevada línea base de catecolaminas circulantes y muestran una respuesta exagerada al estrés exógeno con una anormalmente activa producción de catecolaminas (Calvo, Díaz, Alonso, Alemán y Ojeda, 2002).

e. Estrés

Las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón. Esta necesidad de oxígeno puede ocasionar una angina de pecho, o dolor en el pecho en enfermos del corazón. En momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas (principalmente adrenalina). Estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa interior de las arterias. Al cicatrizar las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitándose así la acumulación de placa. El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo. Los coágulos pueden obstruir totalmente una arteria ya parcialmente obstruida por placa y ocasionar un ataque al corazón.

5.3. Otros factores de riesgo

a. Edad

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad. Con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y, cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los músculos del cuerpo. Debido a estos cambios, el riesgo cardiovascular aumenta con la edad. Gracias a sus hormonas sexuales, las mujeres generalmente están protegidas de las enfermedades del corazón hasta la menopausia, que es cuando su riesgo comienza a aumentar. Las mujeres mayores de 65 años de edad tienen aproximadamente el mismo riesgo cardiovascular que los hombres de la misma edad.

b. Género

La esperanza de vida de las mujeres es mayor en los países desarrollados. En estos países la principal causa de muerte es la cardiopatía isquémica(CI) en hombres. Wingard en 1983 concluyó que la mortalidad debida a CI es el doble en hombres que en mujeres, aunque en el caso de ocurrencia tiene peor pronóstico cuando se da en el sexo femenino. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque

las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. En España mueren más mujeres que varones por enfermedades del sistema circulatorio: de las 123.867 muertes cardiovasculares que se produjeron en 2004, el 55% (67.508 defunciones) se dieron en mujeres y el 45% (56.359 defunciones) en varones. En cuanto a la mortalidad proporcional por todas las causas, las enfermedades del sistema circulatorio ocasionan más defunciones en las mujeres (38%) que en los varones (29%). Igualmente, la tasa bruta (para todas las edades) de mortalidad cardiovascular es mayor en las mujeres (311 por 100.000) que en los varones (269 por 100.000). Sin embargo, las tasas específicas por grupo de edad son mayores en los varones que en las mujeres para todas las edades, excepto a partir de los 84 años de edad. La tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del sistema circulatorio es aproximadamente un 40% mayor en los varones que en las mujeres. En el caso de la mortalidad por cardiopatía isquémica, esta diferencia es mucho mayor, siendo la tasa ajustada el doble en varones que en mujeres. Esta aparente paradoja que se acaba de describir, en la que las tasas de mortalidad específicas de edad son mayores en los varones pero la mortalidad proporcional, las tasas brutas de mortalidad y el número absoluto de muertes son superiores en las mujeres es el resultado de dos hechos bien conocidos. Primero, el mayor riesgo cardiovascular de los varones, reflejado en las tasas específicas de edad. De hecho, el riesgo coronario de los varones es similar al de las mujeres que son 10 años mayores que aquellos. Segundo, la enfermedad cardiovascular es mucho más frecuente en las edades avanzadas de la vida, donde el número de mujeres es muy superior al de varones. Ello explica que las mujeres, a pesar de tener menos riesgo cardiovascular que los varones, tienen mayor mortalidad proporcional, bruta, y número de muertes por esta causa (Rodríguez-Artalejo, Banegas y Guallar-Castillón, 2001). La mayoría de los estudios coinciden en señalar que el infarto de miocardio se da en mayor medida en hombres entre los 55 y 65 años (Betriu y Serra, 1989). Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares.

6. Procedimientos

Los procedimientos en cardiología pueden dividirse en procedimientos de diagnóstico y procedimientos terapéuticos. Los primeros hacen referencia a estudios que

permiten diagnosticar patología de origen cardíaco, que se pueden dividir en invasivos, no invasivos y clínicos. Algunos ejemplos son: electrocardiograma, ergometría, holter, MAPA (monitoreo ambulatorio de presión arterial), ecocardiograma, radiología, cateterismo cardíaco y coronariografía.

Los procedimientos terapéuticos consisten en la introducción de un catéter por una arteria de la pierna o del brazo. El catéter siguiendo el trayecto de la arteria accede al corazón y por esta vía se realiza el procedimiento terapéutico. Dado que estos procedimientos no implican que sean a corazón abierto, son considerados como cirugías mínimamente invasivas. Algunos ejemplos de procedimientos terapéuticos son: angioplastia coronaria transluminal percutánea, colocación de stent intracoronario, valvulopatía, cierre de defectos intracardíacos, pericardiocentesis, ablación con radio frecuencia, implante de marcapaso temporal y definitivo (Cardio Intervencion, 2009).

6.1. Coronariografía

Como se nombró anteriormente, la coronografía es un procedimiento de diagnóstico invasivo. Se encuentra dentro de este grupo, ya que, para poder realizarlo, al paciente se le hace un pequeño corte en la pierna, cerca de la ingle, por donde se introducen los catéteres. Estos siguen su recorrido hasta llegar al corazón, y se aplica un líquido de contraste, el cual permite observar en qué estado están las arterias. Una vez que ya se sabe el estado de las arterias hay tres opciones: la primera es finalizar el estudio, ya que las arterias que irrigan el corazón no se encontraban obstruidas. La segunda consiste en finalizar el estudio y programar una nueva intervención, que en este caso sería un procedimiento terapéutico invasivo, es decir, una angioplastía, ya que el estudio develo que las arterias presentaban cierto grado de obstrucción. Y la tercera opción es realizar una angioplastía en el momento, lo cual tiene que ver con la colocación de stent. Esto puede ocurrir cuando las arterias presentan una gran obstrucción, por lo que no es recomendable esperar y programar la angioplastía para un próximo momento.

6.2. Angioplastía Coronaria

Según el “National Institutes of Health,” (2015) la angioplastía coronaria (AP) es una intervención no quirúrgica que se realiza para abrir las arterias coronarias (es decir, las arterias del corazón), que se han vuelto más estrechas o que están obstruidas. Percutáneo “significa a través de la piel”. El procedimiento se realiza insertando un tubo

delgado y flexible (llamado catéter) a través de la piel hasta llegar a la arteria. Se puede realizar en la parte superior del muslo o en el brazo. Durante la intervención se introduce por un vaso sanguíneo un tubo flexible llamado catéter que lleva en el extremo un globo. El catéter se hace avanzar hasta la arteria afectada. Una vez allí, se infla el globo para comprimir la placa contra la pared de la arteria. Esto restablece el flujo de sangre por la arteria. Los médicos pueden realizar esta intervención para mejorar los síntomas de la enfermedad coronaria, entre ellos, la angina. La intervención coronaria percutánea también puede disminuir la lesión que sufre el músculo cardíaco causada por un ataque al corazón.

Las complicaciones graves de la intervención coronaria percutánea no son frecuentes. Sin embargo, pueden presentarse, independientemente de qué tan cuidadoso sea el médico o de lo bien que realice el procedimiento. Las complicaciones más comunes son las molestias y el sangrado en el punto de inserción del catéter.

Farreras y Rozam (2012), explican que la práctica de una angioplastia en las primeras horas de un infarto permite abrir el 95% de las arterias coronarias ocluidas y lograr un flujo coronario normal en un 80% de los casos. También, reduce en un 25% la mortalidad y en un 40% la incidencia de AVC hemorrágico. Por ello, a AP constituye el tratamiento por elección en el infarto con elevación del segmento ST siempre y cuando pueda administrarse en menos de 2h desde el diagnóstico; en caso contrario, es preferible realizar fibrinólisis precoz.

Según el Colegio Argentino de Cardiólogos Intervencionistas, hay ciertas sensaciones que son comunes a ciertas características durante la intervención; como por ejemplo calor por la sustancia de contraste en ciertas partes del cuerpo, como dolor de pecho similar por el que terminaron en un estudio, cuando se ocluye la arteria con el balón ya sea para pre tratar la lesión o liberar (colocar) el stent (ICBA, 2011).

II. HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA

1. Reseña historia del Hospital Italiano de Mendoza

El Hospital Italiano de Mendoza, entre los seis Hospitales Italianos de Argentina, es el último nacido y ha constituido un gran desafío su realización, especialmente para los inmigrantes italianos llegados después de la segunda guerra mundial. Desde sus principios y actualmente, se encuentra ubicado en el Acceso Este Lateral Norte 1070 de Guaymallén.

La Sociedad de Mutualidad y Beneficencia Hospital Italiano de Mendoza, el 3 de enero de 1959 se constituyó como sociedad. El Hospital Italiano de Mendoza, si bien nació para atender las necesidades de la propia colectividad, fue también para ayudar a la solución del problema sanitario general de la Provincia de Mendoza, en el deseo de sus mayores exponentes de demostrar agradecimiento a esta tierra que los cobijo y les dispuso oportunidad de vida y de trabajo.

Desde la fecha de su fundación en el año 1961, se trabajó intensamente, iniciándose las obras de construcción de una estructura sólida de hormigón, luego de una tenaz labor llena de singular esfuerzo, el 10 de julio de 1970, fueron inaugurados los dos primeros consultorios externos, para la atención médica de los asociados, y a fines de 1971 se llevó a cabo la inauguración de 14 consultorios externos, equipados con moderno instrumental.

Actualmente, el Hospital constituye un moderno nosocomio de tres plantas (de un proyecto original de cinco plantas), en un amplio predio de 15.000 metros cuadrados, de los cuales se encuentran 7.300 metros cubiertos. Cuenta con un total de 119 camas, de las cuales 29 pertenecen a áreas críticas de adultos y 16 de neonatología; siendo el resto polivalentes. Cuenta con 4 quirófanos generales y 2 de alta asepsia, más 3 salas de partos con opción quirúrgica. Es la única Institución en un radio de 500 kilómetros, autorizada a realizar ablación e implante de órganos (corazón, cardiopulmonar, hígado, pulmón y renal). Cuenta con un plantel de personal de 240, conformado por administrativos, enfermeros, técnicos, profesionales.

Los servicios que actualmente presta la Institución son: Internación clínica y quirúrgica de baja, media y alta complejidad; Maternidad y Neonatología, Terapia Intensiva y Unidad Coronaria; Cirugía Cardiovascular, Hemoterapia, Anatomía

Patológica, Diagnóstico por Imágenes (radiología, Ecografía, Tomografía Computadas, Ecografía Doppler color); Laboratorio de Análisis Clínicos con subespecialidades; Consultorios Externos de todas las especialidades; Hemodinamia diagnóstica y terapéutica. Además cuenta con sectores de Ropería y Lavandería; Esterilización; Farmacia; Cocina y Comedores; Administración, Dirección, Biblioteca, Salón de Actos.

Realiza Residencias Médicas, en las especialidades de Clínica Médica, Cirugía General, Pediatría, Diagnóstico por Imágenes y Tocoginecología, avaladas luego por la Universidad Nacional de Cuyo y Ministerio de Salud de Mendoza.

2. Área del hospital donde se trabajó: Servicio de Hemodinamia diagnóstica y terapéutica.

En primer lugar, es importante aclarar que significa hemodinamia. Se llama Hemodinamia a una técnica mínimamente invasiva que a través de catéteres guiados por fluoroscopia y con adquisición de imágenes permanentes, permite estudiar las patologías congénitas o adquiridas del árbol vascular, y eventualmente también tratarlas. Una Sala de Hemodinamia es un lugar con equipamiento de alta tecnología que consiste en un equipo de fluoroscopia (o rayos X en el caso del hospital), cuyas imágenes dinámicas obtenidas son procesadas y digitalizadas por un sistema de cómputos, obteniendo así imágenes claras y nítidas que permiten diagnosticar y tratar enfermedades cardiovasculares. Los cardiólogos intervencionistas son médicos formados en la especialidad y expertos en lectura de imágenes radiológicas. La ventaja para los pacientes que son sometidos a un procedimiento en dicha área son: el tipo de anestesia; ya que es local, menor riesgo, reducción significativa del dolor y tiempo de recuperación, ya que es un procedimiento ambulatorio (Allin, 2013).

2.1. Funcionamiento del servicio de Hemodinamia diagnóstica y terapéutica del Hospital Italiano.

El funcionamiento del área de Hemodinamia diagnóstica y terapéutica del Hospital Italiano de Mendoza, se puede decir que se distribuye en tres grupos: Administración, Enfermería y Quirófano.

El área de Administración cuenta con dos personas a cargo, que son quienes organizan desde los turnos, la facturación, obras sociales, y el ingreso de los pacientes.

El área de Enfermería cuenta con tres enfermeros a cargo. Allí se hace un segundo ingreso de los pacientes, se vuelven a tomar los datos. Dicha área, también es la encargada

de organizar el traslado de los pacientes, ya sea en ambulancia a su domicilio, a otro hospital o a la sala de internación o unidad coronaria. En el momento previo y posterior a la intervención, los enfermeros son los encargados de ir midiendo los signos vitales, es decir, es ir manteniendo un control de que el paciente se encuentra en condiciones de realizarse el procedimiento por el cual está internado. Cabe aclarar, que por más que no cumpla parte de su rol, los enfermeros se encargan de informar al paciente de como es el procedimiento en el cual van a someterse y de funcionar como distracción de los pacientes, ya que muchas veces se encuentran con altos niveles de ansiedad y miedo frente a lo que implica estar internado allí.

Y, por último, el quirófano, que es en donde se realiza el procedimiento indicado para cada paciente. Cuentan con tres médicos hemodinamistas fijos, dos técnicos, y dos instrumentistas. A pesar de tener médicos que se encuentran fijos en al área, es frecuente que cuenten con la presencia de otros médicos y residentes.

2.2. Estadísticas de consultas

Al consultar aproximadamente cuales son las estadísticas de consultas, pudieron manifestar que: en primer lugar, se encuentran la coronariografía, el cual es un procedimiento diagnóstico invasivo, que permite conocer la anatomía coronaria y la presencia de posibles obstrucciones. Dicho procedimiento, se inicia colocando un introductor (tubo delgado y flexible de 2-3 mm de diámetro) en una arteria de la muñeca o de la pierna. A través de dicho introductor se ingresan catéteres que permiten llegar hasta el origen de las arterias coronarias. Una vez posicionado, se inyecta contraste en el interior de las arterias coronarias permitiendo obtener imágenes a través de rayos X. Así, se puede determinar la presencia de obstrucciones coronarias y evaluar cómo funcionan las válvulas cardíacas y el músculo cardíaco.

En segundo lugar, se encuentra la colocación y cambio de marcapasos. Es de relevancia aclarar qué es un marcapaso y para qué sirve: Es un dispositivo que tiene como objetivo mantener la frecuencia cardíaca en pacientes que tienen alterado su sistema de regulación del ritmo cardíaco, que cuenta con un generador de impulsos eléctricos y un cable que conecta el generador de impulsos al corazón. Dicho generador, se implanta normalmente en el pecho, debajo de la piel, y el cable se introduce por una vena que pasa por la zona. La operación se hace con anestesia local, se suelen administrar antibióticos para prevenir las infecciones y puede ser necesario inyectar contraste radiológico para ver

el trayecto que siguen las venas y su tamaño. La operación para el cambio de marcapasos se realiza de la misma manera, y dicho cambio puede deberse a algún problema de funcionamiento del dispositivo, el agotamiento de batería o alguna infección.

En tercer y cuarto lugar, se encuentra la angioplastia coronaria y periférica. Este es un procedimiento mediante el cual, a través de un catéter, se hace llegar un pequeño balón inflable a la sección de la arteria obstruida. Este balón, al ser inflado, comprime la obstrucción contra las paredes de la arteria, abriendo paso a la sangre que circula por ella. Esto se realiza colocando una pequeña aguja en una vena del brazo del paciente, unida a una bolsa de suero a través de la cual se suministran los medicamentos necesarios. Se rasura la zona por la que se introduce el catéter (puede ser en la ingle o el brazo) y se le aplica anestesia local. Durante el procedimiento, el paciente se encuentra despierto, pero se le administra constantemente medicación anticoagulante y drogas, para evitar la formación de coágulos.

El médico es quien guía el catéter balón hasta la arteria que presenta estrechamiento, para luego inflarlo para ir reduciendo la obstrucción hasta lograr eliminarla, por lo que el balón puede ser inflado varias veces durante la angioplastia. Cuando el médico considera que la placa ha sido comprimida lo suficiente, desinfla el catéter balón y lo retira. Por espacio de unos minutos, se aplica presión manual en el área de introducción del catéter y, finalmente, se coloca un vendaje compresivo (ICBA, 2011).

2.3. Procedimiento del paciente sometido a una coronariografía

En este apartado, se pretende explicar cómo llega un paciente a hacerse una coronariografía. En primer lugar, el paciente es derivado por su médico de cabecera, ya sea su clínico o cardiólogo, para realizarse un estudio de diagnóstico, es decir una coronariografía. El paciente llega al área de Hemodinamia con la orden de dicho médico, y se le solicita en un primer momento una evaluación diagnóstica. Allí, el paciente se presenta con todos sus estudios médicos previos, se le hace un interrogatorio y examen físico, se le explica brevemente en que consiste el procedimiento. También, de tenerlos, se le solicita sus últimos análisis de sangre, o en su defecto, se le brinda una orden para que se realice dicho análisis. Si los valores se encuentran correctos, se coordina con el paciente un turno para realizar la intervención solicitada.

El día del turno, el paciente debe presentarse a las 8:30 am, es ingresado a enfermería, y en la medida que los quirófanos van siendo desocupados, los pacientes van ingresando.

Durante el procedimiento, al paciente se le coloca anestesia local, se hace un pequeño corte en la parte superior de la pierna, y se introduce un catéter para poder visualizar en qué estado están sus arterias. Cabe aclarar, que una angioplastia puede realizarse de manera inesperada durante la coronariografía, ya que si el médico lo considera pertinente y urgente, puede colocar el stent en dicho momento.

Cuando finaliza el procedimiento, el paciente regresa a la sala de enfermería, se queda allí de una a tres horas, hasta que es trasladado en ambulancia a su domicilio. Ya en su domicilio, debe permanecer 24 horas internado, y debe quedarse acostado boca arriba y no puede levantarse de la cama bajo ningún motivo dentro de este lapso de tiempo.

III. ANSIEDAD

Introducción

“Cada trastorno de la mente que produce dolor, placer, esperanza o miedo, es la causa de una agitación que se extiende al corazón”

William Harvey, 1628

Antes de comenzar el capítulo, es importante aclarar por qué la ansiedad es de gran relevancia en el paciente cardíaco. El padecer una enfermedad, cualquiera fuere, lleva aparejado cierto monto de ansiedad, ya sea por la mala comunicación entre médico y paciente, el miedo, el desconocimiento, o incluso la incertidumbre que genera el no saber qué va a suceder ni cómo se debe transitar esta determinada situación. Cuando sumado a esto, la enfermedad que se está padeciendo tiene como protagonista al corazón, lo que hace suponer que algo no está funcionando de manera correcta quien es el encargado de hacer funcionar todo el organismo, la ansiedad comienza a aparecer como una de las protagonistas de la situación. A su vez, el paciente cardíaco, es considerado como una persona ansiosa, incluso antes de ser diagnosticado con alguna afección cardíaca.

La ansiedad es considerada, según investigadores y la experiencia clínica, también como un factor de riesgo en toda enfermedad coronaria.

Cabe aclarar, que cuando se habla de ansiedad en el paciente cardíaco, no quiere decir que esté presente un trastorno de ansiedad, pero sí sintomatología ansiosa, que como se explicará en el siguiente capítulo, pueden llegar a interpretarse como síntomas cardíacos.

1. Ansiedad: Definición

La ansiedad es una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por percepciones de incontrolabilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido de la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva hacia tales sucesos (Beck, 2010).

La ansiedad también es definida como una reacción emocional que se produce ante situaciones que son interpretadas como una amenaza. Reacción emocional más frecuente en situaciones estresantes, que comprende respuestas subjetivas, fisiológicas y

conductuales. Los diferentes autores implican en su definición un triple sistema de respuestas: cognitivo, fisiológico y motor comportamental (Cano Vindel, 2002).

Otra forma de definir a la ansiedad es como un estado o sensación de desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse (Latorre y Beneit, 1994)

La ansiedad es esencialmente una respuesta al estrés, una emoción natural presente en todos los individuos, que resulta muy adaptativa pues pone en alerta ante una posible amenaza. Es una reacción compleja, frente a situaciones o estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como amenazantes. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos, y conductuales; esta reacción de alarma conlleva a una activación fisiológica, en la que están implicadas muchas respuestas del sistema nervioso autónomo, sistema nervioso motor (músculos voluntarios e involuntarios) y de otros sistemas (Alvarez Muriel, Benavides Campos, Bueno Duque, Cuadros, Echeverri, Gomez Ibañez, Guzman, et. Al., 2006)

Debido a la falta de control sobre el sistema nervioso autónomo (tasa cardíaca, sudoración, rubor, respuestas gástricas, dificultades respiratorias), como también la falta de información, es posible que lleven a sensación de miedo o pánico, por la reacción que genera su organismo. Es decir, la ansiedad es vivenciada como un estado de ánimo desagradable, displacentero y aunque sea un reflejo de estados internos, generalmente se asocia con sucesos estresantes externos, ante lo cual, el grado de vulnerabilidad varía entre una persona y otra.

1.1. Rasgos Comunes de la ansiedad.

Siguiendo a Beck y Clark, la ansiedad puede presentar distinta sintomatología, ya que los síntomas pueden ser fisiológicos, cognitivos, conductuales, y/o afectivos. A continuación, se mostrará a través de una tabla con los principales síntomas.

Tabla 1: *Rasgos comunes de la ansiedad de Beck y Clark (2010)*

SINTOMAS FISIOLÓGICOS	
1.	Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones.
2.	Respiración entrecortada, respiración acelerada.
3.	Dolor o presión en el pecho.
4.	Sensación de asfixia.
5.	Aturdimiento, mareo.
6.	Sudores, sofocos, escalofríos.
7.	Naúsea, dolor de estómago, diarrea.
8.	Temblores, estremecimientos.
9.	Adormecimiento, temblor de brazos o piernas.
10.	Debilidad, mareos, inestabilidad
11.	Músculos tensos, rigidez.
12.	Sequedad de boca.
SINTOMAS COGNITIVOS	
1.	Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo.
2.	Miedo al daño físico o a la muerte
3.	Miedo a “enloquecer”.
4.	Miedo a la evaluación negativa de los demás.
5.	Pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes.
6.	Percepción de irrealidad o separación.
7.	Escasa concentración, confusión, distracción.
8.	Estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza.
9.	Poca memoria.
10.	Dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

SINTOMAS CONDUCTUALES.

1. Evitación de las señales o situaciones de amenaza
 2. Huida, alejamiento.
 3. Obtención de seguridad, reafirmación.
 4. Inquietud, agitación, marcha.
 5. Hiperventilación
 6. Quedarse helado, paralizado
 7. Dificultad para hablar.
-

SINTOMAS AFECTIVOS

1. Nervioso, tenso, embarullado.
2. Asustado, temeroso, aterrorizado
3. Inquieto, asustadizo
4. Impaciente, frustrado.

2. Aspectos biológicos de la ansiedad

La ansiedad conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano, por lo que puede decirse que la ansiedad es multifacética. Las respuestas fisiológicas automáticas que normalmente ocurren en presencia de una amenaza o de un peligro se consideran respuestas defensivas. Estas respuestas, observadas en animales y en humanos en contextos que provocan miedo, conllevan una activación autónoma que prepara al organismo a afrontar el peligro huyendo o confrontándolo directamente el peligro, un proceso conocido como repuesta de lucha o huida (Canon, 1927, citado por Beck y Clark, 2010). Las características conductuales implican, primordialmente, las respuestas de abandono o de evitación, así como de búsqueda de seguridad. Las variables cognitivas aportan la interpretación lógica de nuestro estado interno como la ansiedad. Por último, el dominio afectivo se deriva de la activación cognitiva y fisiológica conjunta y constituye la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa (Beck y Clark, 2010, p 41).

2.1. Psicofisiología

Muchos de los síntomas de ansiedad son de naturaleza fisiológica, por lo que provocan la activación de los sistemas nerviosos simpático (SNS) y parasimpático (SNP).

La activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento de ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal (Bradley, 2000, citado por Beck y Clark, 2010). Todas las respuestas fisiológicas periféricas se asocian con la activación, pero originan varios síntomas perceptibles como los temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular. (Barlow, 2002, citado por Beck y Clark, 2010).

La activación del SNP, que origina la conservación de ciertas respuestas fisiológicas, no ha sido investigado en profundidad en cuanto a su relación con la ansiedad, pero se sabe, que está implicado en síntomas como la inmovilidad tónica, la caída de la presión sanguínea y los desmayos. También, los efectos de estimulación del SNP incluyen el descenso del ritmo cardíaco y la fuerza de contracción, la constricción pupilar, la relajación de los músculos abdominales y la constricción de los pulmones (Bradley, 2000, citado por Beck y Clark, 2010).

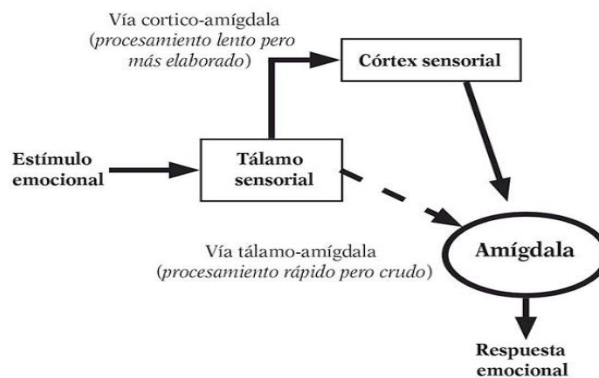
2.2. Neurofisiología

Gracias a que en la última década se han logrado grandes avances en el conocimiento de las bases neurobiológicas de la ansiedad, uno de los principales hallazgos tiene que ver con el rol central que desempeña la amígdala en el procesamiento emocional y en la memoria. La investigación humana y no humana indica que la amígdala participa en la modulación emocional de la memoria, la evaluación de los estímulos afectivo y la valoración de las señales sociales relacionadas al peligro. (Anderson & Phelps, 2000, citado por Beck y Clark, 2010). LeDoux (1996), gracias a sus investigaciones sobre el miedo auditivo condicionado, concluía que la amígdala es el “eje de la rueda del miedo”, que “en esencia participa en la valoración del sentido emocional”. También defiende que una de las principales tareas del cerebro emocional es evaluar el significado afectivo (amenaza frente a la no amenaza) de los estímulos mentales (pensamientos, recuerdos), físicos o externos. Dicho autor, propuso dos vías neurales paralelas para que la amígdala procese los estímulos de miedo. La primera vía conlleva

la transmisión directa de un estímulo condicionado de miedo a través del tálamo sensorial al núcleo lateral de la amígdala, atravesando el córtex. La segunda vía conlleva la transmisión de la información relativa al estímulo de miedo desde el tálamo sensorial a través del córtex sensorial hasta el núcleo lateral. Dentro de la región de la amígdala el núcleo lateral, que recibe inputs en el condicionamiento de miedo, inerva el núcleo central que es responsable de la expresión de la respuesta condicionada de miedo (Beck y Clark, 2010).

LeDoux (1996) deduce una serie de conclusiones de su doble vía del miedo. La vía tálamo - amígdala más directa (vía inferior) es más rápida, más rudimentaria y se produce sin pensamiento, razonamiento ni conciencia. La vía tálamo-cortical-amígdala (vía superior) es más lenta, pero conlleva un procesamiento más elaborado del estímulo del miedo a consecuencia de la extensa participación de regiones corticales superiores del cerebro (Beck y Clark, 2010).

Figura 1: *Vías Neuronales paralelas de LeDoux en el medio auditivo. (Beck y Clark, 2010)*



El papel central de la amígdala en el miedo es absolutamente coherente con sus conexiones neuroanatómicas. Presenta múltiples proyecciones externas a través del núcleo central con el hipotálamo, el hipocampo, y hacia arriba, con varias regiones del córtex, así como hacia abajo con varias estructuras del tronco cerebral implicadas en la activación autónoma y de respuestas neuroendocrinas asociadas con el estrés y la ansiedad como la región gris periacueductual (GPA), el área tegmental ventral, el locus cerúleo y los núcleos de rafe (Barlos, 2002, citado por Beck y Clark). Todas las estructuras neurales han sido vinculadas a la experiencia de ansiedad, incluido el *bed nucleus* de la estra

terminal (BNST; Davis 1998, citado por Beck y Clark), que puede ser el sustrato neural más importante de la ansiedad (Grillon, 2002, citado por Beck y Clark, 2010).

El rol del procesamiento cognitivo consciente del miedo es una cuestión muchas más debatida a la luz de la investigación de LeDoux que sugiere una vía tálamo - amígdala no cortical, rápida y rudimentaria para el procesamiento del miedo condicionado. De hecho, LeDoux (1996) descubrió que los estímulos relevantes al miedo pueden ser implícitamente procesados por la amígdala a través de la vía subcortical tálamo - amígdala sin representación consciente. Los estudios con neuroimágenes han observado que los estímulos que producen miedo y tienen valencia negativa se asocian con incrementos relativos en el flujo sanguíneo cerebral regional (FSCr) en el córtex visual asociativo o secundario y con reducciones relativas en el FSCr en el hipocampo y córtex prefrontal, orbito frontal, temporopolar y cingulado posterior. Estos hallazgos han sido interpretados como evidencia de que el miedo puede ser preconscious, sin la participación del procesamiento cognitivo superior.

La existencia de una vía subcortical, de orden inferior en el procesamiento inmediato del miedo condicionado no debería alejar la atención del papel crítico que desempeñan la atención, el razonamiento, la memoria y la valoración o los juicios subjetivos en el miedo y la ansiedad de los humanos. LeDoux (1996) comprobó que la vía tálamo – cortico – amígdala se activa en el condicionamiento del miedo más complejo. Además, la amígdala tiene muchas conexiones con el hipocampo y las regiones corticales, donde recibe inputs de las áreas de procesamiento cortical sensorial, el área cortical transicional y el córtex prefrontal medial (LeDoux, 2000, citado por Beck y Clark, 2010). LeDoux, subraya que el sistema hipocampal, que implica la memoria explícita y el sistema de la amígdala, que implica la memoria emocional, se activarán simultáneamente por los mismos estímulos y funcionarán al mismo tiempo. De este modo, las estructuras cerebrales corticales participantes en la memoria de trabajo, como el córtex prefrontal y las regiones cingulada anterior y cortical orbital, y las estructuras implicadas en la memoria declarativa a largo plazo, como el hipocampo y el lóbulo temporal, participaran en la activación emocional dependiente de la amígdala para proporcionar la base neural a la experiencia subjetiva (consciente) del miedo (LeDoux,2000). Por consiguiente, puede esperarse que los sustratos neuronales de la cognición desempeñen un papel crítico en el tipo de adquisición y persistencia del miedo que caracteriza a los complejos trastornos de

ansiedad y miedo de los humanos. Esto confirma en varios estudios con neuroimágenes que hallaron activación diferencial de varias regiones prefrontales y frontotemporales del córtex (Beck y Clark, 2010, pp 46-50).

2.3. Neurotransmisores

Los sistemas de neurotransmisores como la benzodiacepina-gamma-ácido amino butírico (GABA), noadrenérgico y serotonérgico, así como la vía de descarga de corticotropinas, son importantes para la biología de la ansiedad (Noyes & Hoehn-Saric, 1998, citado por Beck y Clark, 2010). La serotonina actúa como una ruptura neuroquímica sobre la conducta, de modo que el bloqueo de receptores de serotonina se asocia con la ansiedad en humanos (Noyes & Hoehn-Saric 1998, citado por Beck y Clark, 2010). Aunque los niveles bajos de serotonina han sido considerados como un elemento decisivo en la ansiedad, las pruebas neurofisiológicas directas no son definitivas en lo que respecta a la aparición de anomalías en la serotonina en trastornos de ansiedad como el TAG, en comparación con los controles. (Sinha, Mohlman & Gorman, 2004, citado por Beck y Clark, 2010). El sistema serotonérgico se proyecta sobre diversas áreas del cerebro que regulan la ansiedad como la amígdala, las regiones septo-hipocámpal y cortical prefrontal, y, por lo tanto, puede influir directamente sobre la ansiedad o indirectamente alterando la función de otros neurotransmisores (Noyes & Hoehn-Saric, 1998; Sinha et al., 2004, citado por Beck y Clark, 2010).

Un subgrupo del transmisor inhibitor GABA contiene receptores de benzodiacepina que aumentan los efectos inhibitorios del GABA cuando las moléculas de benzodiacepina se adhieren a los lados de estos receptores (Gardner, Tully & Hecdgecock, 1993, citado por Beck y Clark, 2010). Las pruebas relativas a que la ansiedad generalizada puede deberse a la supresión del sistema benzodiacepina-GABA se derivan de los efectos ansiolíticos de los fármacos de benzodiacepina, cuya efectividad clínica parece deberse a que fomentan la inhibición benzodiacepina-GABA (Barlow, 2002, citado por Beck y Clark, 2010).

La hormona liberadora de corticotropina (CRH) es un neurotransmisor, que fundamentalmente, se almacena en los núcleos paraventriculares hipotalámicos (PVN). Los estímulos estresantes o amenazantes pueden activar ciertas regiones del cerebro como el locus cerúleo, a la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal, que a continuación libera CRH. Entonces, el CRH estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropina

(ACTH) a partir de la glándula pituitaria anterior y otra actividad adrenal-pituitaria que genera el aumento de producción y descarga de cortisol (Barlow, 2002; Noyes & Hoehn-Saric, 1998, citado por Beck y Clark, 2010). Por lo tanto, el CRH no solo media las respuestas endocrinas al estrés sino también otras respuestas cerebrales y conductuales amplias que influyen en la expresión del estrés, la ansiedad y la depresión (Barlow, 2002, citado por Beck y Clark, 2010). Consecuentemente, en genera las anormalidades a nivel neurotransmisor parecen tener efectos anisoginos o ansiolíticos que contribuyen significativamente en los estados fisiológicos o ansiolíticos que contribuyen significativamente en los estados fisiológicos que caracterizan al miedo y a la ansiedad. Sin embargo, se desconoce aún la naturaleza exacta de dichas anormalidades (Beck y Clark, 2010, pp51-52).

3. Teorías cognitivo conductuales de la ansiedad

3.1. Modelo conductual

Gracias a numerosas investigaciones experimentales, basadas en la teoría del aprendizaje, se ha demostrado que las respuestas de miedo pueden ser adquiridas a través de un proceso de aprendizaje asociativo. El trabajo teórico y experimental desde la perspectiva conductual se ha centrado en las respuestas fisiológicas y conductuales que caracterizan al estado de ansiedad o miedo. La teoría de aprendizaje inicial se centraba en la adquisición de miedos o reacciones fóbicas a través de condicionamiento clásico.

3.1.1. Teorías de condicionamiento.

Según el condicionamiento clásico, de Pavlov, un estímulo neutro, cuando se asocia repetidamente con una experiencia aversiva (estímulo incondicionado) que conduce a la experiencia de ansiedad (respuesta incondicionada), se asocia con la experiencia aversiva, y adquiere la capacidad de provocar una respuesta similar de ansiedad (respuesta condicionada) (Edelmann,1992, citado por Beck y Clark, 2010). El condicionamiento clásico subraya que los miedos humanos se adquieren a consecuencia de que algún estímulo neutro se asocie con alguna experiencia previa provocadora de ansiedad, por lo que puede ser definido como un estilo de aprendizaje. Pero lo que no pudo ofrecer dicha teoría, es una explicación creíble para la notable persistencia de los miedos humanos en ausencia de repetidos emparejamientos.

Mowrer (1939,1953,1960) presentó una revisión global de la teoría del condicionamiento a fin de comprender mejor la conducta de evitación y la persistencia de

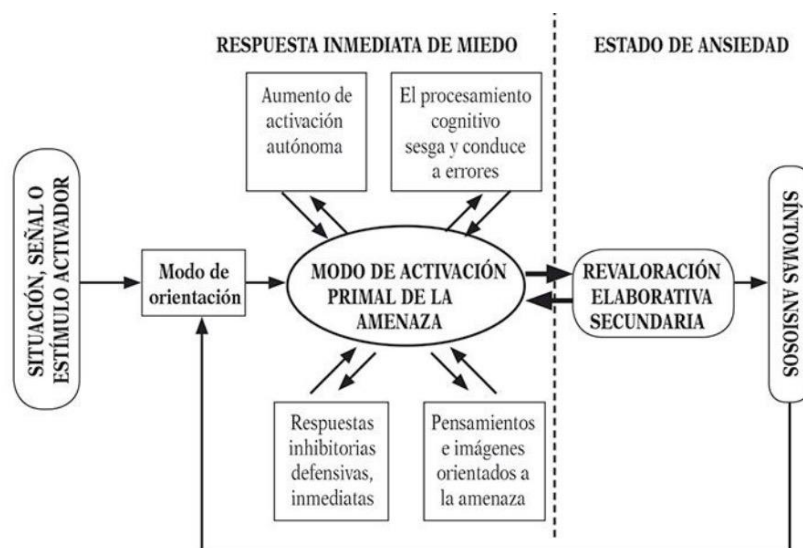
los miedos humanos. Esta fue conocida como la “teoría de los factores”, se convirtió en una explicación conductual de amplia aceptación sobre la etiología y persistencia de los miedos clínicos y de los estados de ansiedad durante la década de los sesenta y comienzos de los setenta. Aunque dicha teoría ya no es considerada como teoría sostenible de la ansiedad, sigue siendo importante por dos motivos: primero, muchas de las intervenciones conductuales que se han demostrado tan efectivas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad tuvieron sus orígenes en el modelo de los factores. En segundo lugar, los actuales modelos cognitivos de la ansiedad nacieron, en gran parte, a raíz de las críticas y dilemas planteadas a la teoría de los dos factores.

Es relevante aclarar, que hacia los finales de los años setenta se plantearon dudas importantes sobre el modelo de dos factores para explicar las fobias humanas (Beck y Clark, 2010, pp53-55).

3.2. Modelo cognitivo

Beck plantea que, para hacer terapia cognitiva para tratar la ansiedad o depresión, a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en el que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emociones, y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Por lo que los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (valoraciones) son responsables de su ansiedad.

Figura 2. Modelo cognitivo de la ansiedad. Beck y Clark (2010)



La perspectiva de ansiedad se centra en el concepto de vulnerabilidad: percepción que tiene la persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad (Beck, Emery y Greenberg, 1985, citado por Beck y Clark, 2010). En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad es evidente en las valoraciones sesgadas y exageradas que hacen los individuos del posible daño personal en respuesta a señales neutrales o inocuas. Esta valoración primaria de amenaza conlleva a una perspectiva errónea que sobrestima enormemente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad percibida del mismo. Los individuos ansiosos no logran percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado (Beck et al., 1985, 2005, citado por Beck y Clark, 2010). La revaloración elaborativa secundaria, sin embargo, se produce inmediatamente como resultado de la valoración primaria de la amenaza, y en estados de ansiedad amplifica la percepción inicial de la amenaza. En consecuencia, la intensidad de un estado de ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento y de la seguridad.

Beck y Greenberg (1988) señalan que la percepción de peligro acciona un sistema de alarma que conlleva procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales. La movilización conductual para manejar el peligro puede conllevar la respuesta de lucha o huida, pero también puede consistir en otras conductas instrumentales como la de solicitar ayuda, adoptar una postura defensiva, o negociar para minimizar un peligro (Beck, 2005, citado por Beck y Clark, 2010). La activación autónoma y otras respuestas fisiológicas que se producen durante la vulnerabilidad a la amenaza son aspectos importantes de este sistema de defensa reflejo primario. La presencia de la ansiedad activa la movilización conductual para manejar la amenaza percibida. Aunque esta movilización conductual primal se generó como respuesta rápida y eficiente ante el peligro físico, puede dificultar la actuación real cuando se activa en situaciones benignas o en las complejas, difusas y estresantes circunstancias de la sociedad contemporánea. La movilización del sistema de defensa primal puede tener, además, efectos adversos si se interpreta como señal de un trastorno grave, como cuando la persona con trastorno de angustia interpreta un elevado ritmo cardíaco y lo considera señal de un posible infarto de miocardio (Beck et al., 1985; D.M. Clark & Beck, 1988, citado por Beck y Clark, 2010).

Un segundo tipo de respuesta conductual frecuente en los estados de ansiedad es la inmovilización en situaciones en las que el afrontamiento activo podría aumentar el peligro real o imaginario (Beck et al., 1985, citado por Beck y Clark, 2010). Las señales de dicha respuesta de inmovilización se hacen evidentes cuando el individuo se queda “helado”, siente que se desmaya o se muestra ligeramente aturdido. Se asocia con la perspectiva cognitiva de estar completamente indefenso. La respuesta de inmovilización se observa en la ansiedad social, como cuando una persona muy ansiosa cree que se desmaya mientras trata de dar un discurso público. Pero la responsable de instigar la ansiedad es la valoración primaria inicial de la amenaza combinada con la valoración secundaria de la inadecuación personal y de escasa seguridad. En este sentido, la cognición falsa es necesaria pero no suficiente para generar la ansiedad.

El modelo cognitivo de la ansiedad se enraíza en una perspectiva de procesamiento de información, según la cual la perturbación emocional se produce a consecuencia de un funcionamiento excesivo o deficitario del aparato cognitivo. Definiendo procesamiento de información como “las estructuras, procesos y productos implicados en la representación y transformación del significado basado en datos sensoriales derivados del contexto externo e interno (D.A. Clark et al., 1999, citado por Beck y Clark, 2010).

La ansiedad, por lo tanto, es el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo. El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales. (Beck y Clark, 2010, pp67-70)

3.2.1. Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad

Los principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad, fueron inicialmente articuladas en el modelo cognitivo original de la ansiedad (Beck et al., 1985, 2005, citado por Beck y Clark, 2010) y pueden ser descriptos de la siguiente manera:

a. **Valoraciones exageradas de la amenaza:** La ansiedad se caracteriza por una atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo sobre los intereses vitales o el bien estar.

b. **Mayor indefensión:** la ansiedad conlleva a una evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida.

c. **Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad:** los estados de ansiedad se caracterizan por un procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que trasmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido.

d. **Deterioro del procesamiento constructivo o reflexivo:** en los estados de ansiedad el acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil, y por él, se emplea de manera ineficaz para la reducción de la ansiedad.

e. **Procesamiento automático y estratégico:** La ansiedad conlleva una mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad.

f. **Procesos auto-perpetuantes:** La ansiedad conlleva un ciclo vicioso en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva.

g. **Primacía cognitiva:** La valoración cognitiva primaria de la amenaza y la valoración secundaria de la vulnerabilidad personal pueden generalizarse de tal manera que una amplia serie de situaciones o estímulos adicionales sea malinterpretada como amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales sean inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza.

h. **Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad:** El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias nucleares sostenidas sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la saliencia de la amenaza.

3.3. Ansiedad adaptativa vs. Ansiedad patológica

El modelo cognitivo, considera que el miedo puede ser adaptativo y la ansiedad una experiencia común en la vida cotidiana. Pero a su vez, diferencia entre una ansiedad adaptativa y una patológica, y explica a cada una de ellas en cada una de las fases de procesamiento.

En la primera fase, la cual es el modo de orientación, la ansiedad adaptativa se caracteriza por tener una sensibilidad más equilibrada hacia la detección de estímulos

positivos y negativos. En cambio, cuando la ansiedad es patológica, esta sensibilidad está centrada en los estímulos negativos (Beck y Clark, 2010).

En la segunda fase, que es la activación primal de la amenaza, si está presente la ansiedad adaptativa, se puede notar que: hace una valoración más apropiada y realista de la amenaza, considera a la amenaza como una incomodidad pero no como un estado amenazante, la atención no limita a la amenaza, por lo que se presentan menor cantidad de errores cognitivos, hay menor cantidad y menor saliencia de los pensamientos e imágenes ansiosas, y hay un retraso en las conductas inhibitorias auto-protectoras mientras se consideran las respuestas de afrontamiento más elaborativas. Por el contrario, cuando la ansiedad se presenta como patológica, hace en primer lugar una valoración exagerada de la amenaza, provocando una evaluación negativa de la activación autónoma. Se puede notar la presencia de sesgos y errores de procesamientos relacionados con la amenaza, como también, frecuencia y saliencia de pensamientos e imágenes automáticas de amenaza. También se encuentra una iniciación de conductas automáticas, inhibitorias y auto-protectoras (Beck y Clark, 2010).

En la tercera fase de elaboración, la cual es denominada revaloración elaborativa secundaria, a la ansiedad adaptativa permite centrar la atención en la fuerza, ya que se presenta con mucha auto-eficacia y expectativa positiva de los resultados. Hay también un mejor procesamiento de señales de seguridad, capacidad para acceder y utilizar el pensamiento de modo constructivo, preocupación más controlada y reflexiva, siempre orientada a la resolución de problemas, y se debilita la estimación inicial de la amenaza (Beck y Clark, 2010).

Por otro lado, cuando está presente la ansiedad patológica, la atención está centrada exclusivamente en la debilidad, contando con poca auto-eficacia y expectativas de resultados negativos. Hay escaso procesamiento de señales de seguridad, inaccesibilidad del pensamiento de modo constructivo, preocupación incontrolable orientada hacia la amenaza y se fortalece la estimación inicial de amenaza, generando a su vez un círculo que retroalimenta la ansiedad.

3.4. Ansiedad vs. Miedo vs. Angustia

Es importante diferenciar los términos de ansiedad, miedo y angustia, ya suelen confundirse o se los considera sinónimos. En primer lugar, como se explicó en los apartados anteriores, la ansiedad es una reacción emocional normal que se presenta frente

a una situación que la persona decodifica como amenazante. Que, además, genera la activación del organismo, produciendo así síntomas fisiológicos. Cabe recordar, que como ya se diferenció anteriormente, la ansiedad también puede tornarse en desadaptativa, produciendo una respuesta que además de ser desadaptativa y desproporcionada, genera malestar, interfiriendo con el funcionamiento cotidiano y disminuyendo el rendimiento.

Por su lado, el miedo es una emoción, que corresponde a unos de los cinco sentimientos universales básicos (junto a la felicidad, la tristeza, la ira y el asco), esto quiere decir, que son comunes a todos y que se presentan en mayor o menor medida en todos los seres humanos. Es definido clínicamente como una perturbación angustiosa del ánimo debido a un riesgo o mal que amenaza real o que se representa en la imaginación, es decir, que es una reacción defensiva frente al peligro, que puede favorecer la adaptación, ya que lo funciona como señal de alarma. Es una situación emotiva primaria y fundamental, que está presente en el hombre desde los primeros días de su vida (ausencia de la madre, oscuridad, al oír un fuerte ruido, en la pérdida de un apoyo físico o afectivo, etc.). Trae consigo fenómenos físicos derivados (variación del pulso y de la respiración, reacciones motoras, etc.); estos fenómenos son esténicos (alta excitación) o asténicos (baja excitación), según que las reacciones emotivas se vean favorecidas o frenadas, respectivamente, y dependen del temperamento individual. El miedo se distingue del temor en que es menos reflexivo que éste; sin embargo, el objeto del miedo es concreto y determinado, lo contrario de lo que ocurre en la angustia.

La ansiedad y el miedo son maneras normales que tenemos para responder hacia peligros percibidos o imaginados. Pero es de relevancia destacar que el miedo es la valoración del peligro, mientras que la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo (Beck et al, 1985, citado por Beck y Clark, 2010).

La angustia puede ubicarse a nivel corporal, y definirse como un estado afectivo de carácter penoso como reacción al peligro desconocido, por lo que suele relacionarse y confundirse con la ansiedad, pero la angustia tiene el acento en la vivencia subjetiva del temor expectante. Genera un intenso malestar psicológico, acompañado de sensaciones corporales (como, por ejemplo: opresión en el pecho, falta de aire). Se dice que la angustia genera una especie de anestesia emocional, y al igual que la ansiedad, puede considerarse una respuesta adaptativa y normal, a no ser que se alargue en el tiempo, tornándose en

desadaptativa. Las más recientes teorías sobre la angustia la definen como 'imposibilidad de ponerse en relación con el mundo'. La angustia no guarda relación con su objeto o causa. Esta es normalmente pequeña y hasta insignificante, mientras que el tono emotivo angustioso puede ser enorme. Generalmente la angustia está vinculada a trastornos físicos, siendo causa o efecto (esto es difícil de determinar) de enfermedades psicosomáticas donde lo físico y lo psíquico se interfieren mutuamente.

3.5. Ansiedad y estrés

La ansiedad y el estrés en muchas oportunidades son utilizados como sinónimos, por lo que es importante definir cuál es la diferencia entre dichos términos. En ambos casos se produce una reacción caracterizada por alta activación fisiológica, pero el estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio, y la ansiedad una reacción emocional de alerta frente a una amenaza. Se puede decir que dentro de los procesos de cambio que implica el estrés, la ansiedad es la reacción emocional más frecuente. La ansiedad elevada genera estrés, y a su vez, el estrés es una de las fuentes más comunes de ansiedad.

3.5.1. Estrés

Siguiendo a Lazarus y Folkman (1984), el estrés es la relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (por Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Se puede decir también, que el estrés es la acomodación de una persona a situaciones nuevas y a la respuesta inespecífica y estereotipada entre los estímulos que trastornan su equilibrio.

Seyle (1936, 1960, 1974), explica tres fases por las que pasa el organismo cuando se enfrenta a una situación de estrés:

- Fase de reacción de alarma

Se liberan adrenalina y noradrenalina que propician una reacción rápida e intensa en el organismo: aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, se elevan el nivel de azúcar en sangre, se incrementa la transpiración, dilatan las pupilas, se altera el tono muscular y se hace más lenta la digestión. También se incrementa la liberación de catecolaminas y cortisol. Aquí se incluye también una sub-fase en la que se movilizan sistemas defensivos. En esta se produce una respuesta de activación nerviosa que se expresa y desarrolla fisiológicamente de modo afín a la ansiedad.

- Fase de resistencia

En esta fase se produce el transcurso en el cual el organismo hace intervenir todos sus mecanismos adaptativos y repara daños o desequilibrios causados por la reacción de alarma. En esta fase la respuesta es más lenta y sostenida. Se vuelve a intensificar la liberación de cortisol. Si la situación estresante persiste, el cuerpo permanece en alerta y no puede restaurarse, lo que provoca que pase a la siguiente fase.

- Fase de agotamiento

Es en el momento donde se acaban las reservas adaptativas del organismo y altera su homeostasis pudiendo originar, en función también de la vulnerabilidad de cada persona, diferentes alteraciones o dolencias, afectando el sistema nervioso autónomo, al sistema neuroendocrino y al sistema inmunológico.

3.5.2. Recapitulización y puntualizaciones

Se puede pensar que en la actualidad, la distinción más compleja es entre los términos de ansiedad y estrés por el gran solapamiento entre uno y otro; pero quizás la corriente que mejor puede marcar la diferencia entre ambos es la psicofisiología, ya que considera la importancia de los procesos fisiológicos en el estrés frente a los sentimientos subjetivos implicados en el estado de ansiedad.

El estrés es diferenciable además del concepto de ansiedad, al considerarlo como un resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad es entendida como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional

4. Ansiedad y el paciente cardiaco

4.1. Sintomatología ansiosa cardiovascular

Los síntomas de ansiedad en el paciente cardiaco, generalmente coinciden con síntomas que pueden confundirse con alguna afección cardíaca. Por ejemplo, hay síntomas de ansiedad que suelen confundirse con un ataque al corazón como la frecuencia cardíaca acelerada, mareos, aturdimiento, presión y malestar en el pecho, y respiración rápida.

La clave para poder diferenciar entre síntomas de ansiedad y síntomas que estarían demostrando alguna afección a nivel cardíaca es el dolor, ya que por más que sean

similares, cuando corresponden a la ansiedad estos no producen dolor, pero si molestias e incomodidad.

Así es que el dolor de pecho se ha dividido en típico y atípico, el primero se asocia a un ataque cardíaco y el segundo a un ataque de ansiedad (pánico). El dolor típico de pecho va presentar presión en el pecho, dolor en la parte izquierda del tórax, dolor que se irradia desde el pecho a otras áreas, tales como uno o ambos brazos, los hombros o la mandíbula y se produce por realizar algún tipo de esfuerzo. En cambio, el dolor atípico, es un dolor de pecho agudo o punzante, es fugaz, se localiza en un área pequeña, se produce sin esfuerzo, es un dolor en el pecho que acompaña otros síntomas de ansiedad o ataque de pánico, que se alivia o empeora cuando cambia de posición y que puede ser reproducido o empeorado pulsando sobre el área del dolor.

4.2. Antecedentes de la relación entre la ansiedad y el paciente cardíaco.

La relación entre la ansiedad y el paciente cardíaco, comenzó a pensarse desde 1868, cuando Von Dush, notó que ciertas características psicológicas, como el excesivo compromiso al trabajo y ciertas peculiaridades del habla, parecían ser típicas de pacientes que posteriormente sufrían algún tipo de enfermedad coronaria.

Flanders Dunbar(1943), uno de los pioneros de la medicina psicosomática, caracterizó a los pacientes con enfermedad coronaria por tener una fachada distinguida y tranquila que ocultaba agresión y resentimiento. Propuso que estos sentimientos ocultos se controlaban por medio de una red elaborada de defensas, como la autodisciplina, el trabajo duro, y un empuje compulsivo hacia el éxito. Unos años después, Kemple (1945), describió de la misma manera una pauta de agresividad en el paciente cardíaco, y observó que generalmente eran personas muy ambiciosas y luchadoras, que buscaban poder y prestigio.

En 1950, también empezaron a relacionar los factores de personalidad con los factores ambientales, los cuales aumentaban el número de enfermedades coronarias. Así es que Stewart, comenzó a discutir sobre el impacto que tenía el estrés en la enfermedad coronaria, el cual suponía que era causado por las condiciones modernas de vida, por lo que postuló que trabajadores con mayor educación, podían presentar más enfermedades cardíacas, debido a que estaban expuestos a una nueva forma particular de estrés que resultaba por la rapidez de la vida y las crecientes oportunidades educativas.

Jenkins (1971), sugirió que hay cuatro conjuntos de factores relacionados con la enfermedad coronaria: la desventaja socioeconómica, los trastornos emocionales prolongados, la pauta de conducta tipo A y la sobrecarga, los cuales tienen en común las exigencias psicológicas excesivas.

4.3. Características del paciente cardíaco: Personalidad Tipo A

Friedman y Rosenman (1959), a través de sus investigaciones, lograron determinar que los pacientes con una enfermedad cardíaca, presentaban cierto patrón de conducta: una intensa ambición, competitividad y una preocupación constante por el cumplimiento de fechas límites. Dicho patrón de conducta lo denominaron Personalidad tipo A o Personalidad autoestresora, la cual observaron que se desencadenaba por estrés ambiental, la presión o el reto, y que siempre se presentaba como característico que luchaban por contrarlar el tiempo, los eventos y la demás gente.

Las pautas de comportamiento que presenta la personalidad de Tipo A, son las siguientes: extremadamente ambiciosos, duros y competitivos tanto en el trabajo como en el juego, tienen extremada sensibilidad y respuesta ante la urgencia del tiempo y la presión del tiempo, se tornan impacientes, irritables, furiosos y hostiles. También presentan ciertos factores del habla, como el lenguaje rápido y explosivo, ciertas manifestaciones psicomotoras como una postura de alerta, expresión de tensión facial, caminar rápido y hacer las cosas rápidamente, y ciertas conductas interpersonales, como es interrumpir a los demás o retarlos (Chesney, Eagleston & Rosenman, 1988)

Es importante remarcar, que, desde una perspectiva psicológica, este patrón de conducta de Tipo A no es un rasgo de personalidad, pero si un estilo de comportamiento que se distribuye a lo largo de un continuo, quienes no presenten estos comportamientos, o los presenten con poca frecuencia, se consideran personas de Tipo B.

Las personas de Tipo A muestran mayor reactividad endocrina y autonómica frente a situaciones que generan estrés con mayores aumentos de presión sistólica de la sangre, mayor tasa cardíaca y mayores niveles de epinefrina y norepinefrina.

El Western Collaborative Group Study, estudió durante ocho años y medio un grupo de 3524 hombres inicialmente sanos, de edad mediana y empleados. (Rosenman y cols, 1975, citado por Chesney, Eagleston & Rosenman, 1988). Después de ocho años y medio, los sujetos que habían sido evaluados como de Tipo A, tuvieron dos veces más enfermedad coronaria, que quienes fueron evaluados como de Tipo B.

4.4. Investigaciones relacionadas.

A continuación, se detallarán ciertas investigaciones por medio de las cuales, se pudo demostrar que existe una relación estrecha entre la ansiedad y el paciente cardíaco (por Kubzansky y Kawachi, 2000, citado por Zolio, 2011).

Algunas de las investigaciones son:

- Strik, Denollet, Lousberg y Honig (2003), aplicaron pruebas de ansiedad, depresión y hostilidad a 318 sujetos (media de 58 años de edad) sobrevivientes de un primer ataque cardíaco. Después de un seguimiento de 3.4 años, había 25 eventos cardíacos fatales y no fatales. Los síntomas de ansiedad (HR 3.01, 95% CI 1.1 A 7.03; $p=0.005$) estaban asociados a eventos cardíacos y uso de antidepresivos. La ansiedad fue un predictor independiente de ambos eventos cardíacos fatales y no fatales. Los investigadores concluyeron que los síntomas de ansiedad necesitan ser considerados en el riesgo y el posterior tratamiento de pacientes posteriores a sufrir un infarto al miocardio.

- Barger y Sydelman (2005) midieron ansiedad generalizada y desórdenes depresivos en una muestra representativa de adultos estadounidenses de edades entre 25 y 74 años ($N=3032$). Los investigadores determinaron el riesgo de la enfermedad cardíaca coronaria utilizando un autoreporte aplicado a la población que contenía, estatus de fumador, índice de masa corporal, medicación reciente para hipercolestolemia, hipertensión y diabetes. Los resultados indicaron que el desorden de ansiedad generalizada predijo el incremento de riesgo de la enfermedad cardíaca coronaria ($F(1,3018)=5.14$; $b=0.39$; 95% intervalo de confianza de (0.05-0.72)). El desorden de ansiedad generalizada aparece asociado con un elevado riesgo de CHD y los médicos deberían considerar el riesgo de CHD cuando tratan desórdenes de ansiedad generalizada.

- Albert, et al. (2005) examinaron la relación entre ansiedad fóbica y la enfermedad cardíaca coronaria aplicando el índice de Crown-Crispque (CCI), entre 72,359 mujeres sin historial de enfermedades cardiovasculares o cáncer en 1988. En los 12 años siguientes se produjeron 96 muertes súbitas cardíacas, 930 infartos al miocardio no mortales, y 267 muertes por enfermedad cardíaca coronaria. Altas puntuaciones en la prueba (CCI), por ejemplo 4 o más puntos, incrementaba marginalmente el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca coronaria comparadas con puntuaciones de 0 y 1 punto. Concluyendo que altos niveles de ansiedad fóbica están asociados con un incremento del

riesgo de muerte por enfermedad cardíaca coronaria. Tensión fue observada como un factor de riesgo independiente para incidentes de la enfermedad cardíaca coronaria.

- Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D Agostino y Benjamin, (2005) examinaron 3682 participantes (con una media de edades 48.5+; 52% mujeres) y siguieron por 10 años su incidencia de la enfermedad cardíaca coronaria y la mortalidad. Medidas de tensión, ansiedad, y factores de riesgo para enfermedad cardíaca coronaria fueron colectadas. Los investigadores concluyeron que la ansiedad es un factor de riesgo para la mortalidad total de hombres y mujeres.

- Kubzansky, Cole, Kawachi, Vokonas y Sparrow, (2006) obtuvieron resultados de 1306 hombres que completaron pruebas del Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota para medir ansiedad, ira y depresión. Durante el transcurso de los 10 años siguientes, ocurrieron 161 incidentes de enfermedad o accidentes coronarios. Al considerarlos individualmente se obtuvo que ansiedad, depresión e ira estaban asociados con el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria. Cuando se consideraron todas simultáneamente, solo ansiedad combinada con el estrés estaba asociada con los incidentes de enfermedad cardíaca coronaria. Concluyendo que aspectos de ansiedad quizás incrementan el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria.

- Fan, Strine, Jiles y Mokdad (2008), aplicaron en 38 estados de EEUU (N=129,499) la prueba *Anxiety y Depression Module* (Modulo de ansiedad y depresión) para medir ansiedad y depresión, y midieron la enfermedad cardíaca coronaria con tres preguntas sobre las sintomatologías de la misma. La prevalencia de CHD fue de un 15.3 % entre la población estudiada. Personas con CHD eran más propensos a experimentar desórdenes de ansiedad (16.6% versus 10%, APR (95% CI)=1.46 [1.37-1.54]) y desórdenes de depresión (22.3% versus 15.1% APR [95% CI]=1.56 [1.45-1.67]) que las personas sin CHD. Estos autores concluyeron que la enfermedad cardíaca coronaria está asociada significativamente con la depresión y ansiedad.

IV.AFRONTAMIENTO

Introducción

El afrontamiento es siempre, en alguna medida, extraer recursos de la falta de recursos, o sea, sacar fuerzas de la flaqueza.

Alfredo Fierro, 1997

Como ya he mencionado en el capítulo anterior, el padecer una enfermedad cardíaca, supone un elevado monto de ansiedad y también, supone el manejo de un gran número de circunstancias estresantes; las reacciones ante las distintas situaciones varían en función de las características de la enfermedad, las circunstancias de la persona, sus experiencias previas con ella y también depende de su personalidad y situación actual. Todo esto debe ser tenido en cuenta como elementos relacionados con el proceso de adaptación a la enfermedad, (el cual es dinámico y va cambiando en función del diagnóstico y de las características de la misma). Y en particular, en esta investigación, los pacientes con los que se trabajó, eran los que estaban cerca de hacerse un procedimiento terapéutico para conocer qué es lo está afectado en su corazón, por lo que están preparándose para enfrentar un posible diagnóstico. Es por ello que resultó relevante conocer cómo es el proceso de afrontamiento cuando se habla de una enfermedad cardíaca.

1. Afrontamiento: ¿Qué es?

El inicio de las investigaciones sobre afrontamiento se sitúa en la década 1970-1980 con los trabajos de Moos (1976); Pearlin y Schooler (1978) y Lazarus y Folkman (1980) dentro de una gran revolución de la Psicología Cognitiva. A partir de aquí arranca una fructífera línea de investigación basada en los modelos de estrés y afrontamiento para explicar la adaptación a la enfermedad crónica (Chico, 2002; González, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002; Martín-Aragón, Pastor, Lledó, LópezRoig, Terol y Rodríguez-Marín, 2001; Muelay cols., 2002; Pelechano, Matud y de Miguel, 1993; Rodríguez y cols. 1993, citado por Montero, 2011).

Para Pearlin (1989), el afrontamiento, con independencia de cuál sea la naturaleza del estresor, sirve bien para cambiar la situación de la que emergen los

estresores, bien para modificar el significado de la situación para reducir su grado de amenaza, o bien para reducir los síntomas del estrés.

Siguiendo a Sandín (1995), en términos generales, el concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al mismo; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañarlo.

Para la primera generación de investigadores del afrontamiento, la atención estuvo puesta en el estudio de las reacciones de afrontamiento en situaciones que amenazaban la vida de la persona o que tenían una importante significación traumatizante. Esto llevó a que en los principios de la década del 70 algunos investigadores empezaran a definir al estudio del afrontamiento como un área de investigación sobre las respuestas y reacciones a situaciones extremas (Hamburg, 1974; White, 1974; citado por Centeno, 2004).

A partir de los años 60 y 70, los investigadores comenzaron a pensar que los patrones de afrontamiento no estaban completamente determinados por los factores individuales, haciendo hincapié en la importancia del contexto situacional en el tenía lugar el proceso de afrontamiento (Billings y Moos, 1981; Felton y Reverson, 1984; Folkman y Lazarus, 1985; Pearling y Schooler, 1978; Stone y Neale, 1984; citado por Centeno, 2004). Esta aproximación, al estudio del afrontamiento está orientada contextualmente y no es considerado como una disposición estable: esto significa que el proceso de afrontamiento es utilizado para diferentes amenazas en función de la significación adaptativa y los requerimientos de estas.

A través de los años, los investigadores del afrontamiento han dado importancia a los factores psicológicos y ambientales. Los primeros pueden incluir variables como autoestima y autoeficacia, entre otras, y los segundos variables como las redes de apoyo social, recursos financieros o de educación, etc. (Eckenrole, 1991; citado por Centeno, 2004).

Durante los años 80 y 90, la investigación sobre los rasgos de personalidad tomó fuerza nuevamente (Angleitner, 1991; Digman, 1990; Endler y Parker, 1992; Wiggins y Pincus, 1992; citado por Centeno, 2004).

La distinción entre los investigadores que focalizan en la influencia de las variables predisponentes o disposicionales (rasgos) se clasifican como “acercamientos interindividuales” mientras que los que han enfatizado los factores situacionales (afrentamiento como proceso) son considerados como “acercamientos intraindividuales” (Lazarus, 1993; Endler, 1992; citado por Centeno, 2004).

Allwin (1994; citado por Centeno, 2004) menciona tres modelos generales de afrontamiento y salud que tienden a ser utilizados:

1). El primer modelo, más común en la literatura, asume que las estrategias de afrontamiento tienen efectos directos sobre las variables específicas de la salud (por ejemplo: en la presión sanguínea, tiempos de recuperación, etc.).

2). Otro modelo, utilizado con menor frecuencia, considera que las conductas de afrontamiento poseen una influencia indirecta sobre las variables de salud (por ejemplo: ayudan a que la persona mantenga un contacto regular con los profesionales de la salud).

3). El tercer modelo, menos frecuentemente utilizado, propone que las estrategias de afrontamiento modelan o amortiguan el estrés creado por los problemas específicos de salud.

La propuesta que se plantea desde esta investigación consiste en considerar a las estrategias de afrontamiento como un proceso complejo, dinámico e interaccional entre el sujeto, las demandas y el medio, las cuales pueden ejercer efectos directos e indirectos sobre el estado de salud.

Lazarus y Folkman (1986, citado por Lauría Blanco, 2011) autores clásicos en el estudio del afrontamiento, definen éste como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales. Según Rodríguez Marín, Pastor y LopezRoig, (1993, citado por Lauría Blanco, 2011), en esta definición se diferencia claramente la conducta de afrontamiento de lo que es una conducta “adaptativa automatizada”, pues mientras ésta no desbordaría al sujeto ni requeriría esfuerzos para el “manejo”, el afrontamiento requiere de los esfuerzos del sujeto para manejar la situación.

Lazarus y Folkman (1984, citado por Lauría Blanco, 2011) se centran básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante. Para los autores la experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno. Estas transacciones dependen del impacto del estresor ambiental, impacto mediado en primer lugar por las evaluaciones que hace la persona del estresor y en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés.

Así, cuando alguien se enfrenta a una situación potencialmente amenazante, en primer lugar realiza una **evaluación primaria**, esto es un juicio acerca del significado de la situación siempre para calificarla de estresante, benigno-positiva, controlable, cambiante o simplemente irrelevante.

El que una situación tenga una valoración benigno-positiva significa que resulta beneficiosa. Usualmente, las situaciones que implican un cambio son las que se consideran como estresantes. Una valoración estresante puede indicar que la situación se percibe como: peligrosa, amenazante o desafiante. Cada una de estas tres posibilidades puede generar una emoción, siendo importante recordar que las emociones no producen estrés, sino que por el contrario, son generadas por la valoración que el sujeto hace de la situación.

- *Amenaza*: implica la anticipación de un daño cuya ocurrencia parece inminente, dando lugar a que la persona trate de solucionarlo o afrontarlo de manera anticipada. Puede generar preocupación, ansiedad o miedo.

- *Daño-pérdida (peligro)*: se refiere a un daño psicológico que ya se ha producido, ha recibido un perjuicio (por ejemplo la pérdida de un ser querido, una enfermedad crónica, etc.). Puede producir enfado, irritación, disgusto, contrariedad o tristeza.

- *Desafío*: implica la revisión anticipada de situaciones de daño-pérdida, como en la amenaza, pero a diferencia de esta, se acompaña de la valoración de que existen fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias. Esta valoración resulta de demandas difíciles, ante las que el sujeto se siente seguro de

superarlas, siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento. Puede producir inquietud, anticipación, ansiedad, etc.

- *Beneficio o Benigno-positiva*: este tipo de valoración no induciría reacciones de estrés.

Gallar (1998, citado por Lauría Blanco, 2011) afirma que ante un proceso de enfermedad el sujeto valora si ésta supone una alteración de su bienestar, ya que puede considerar la enfermedad como un reto, lo que supondrán conductas de afrontamiento activo, y por otro lado, considerarla como una amenaza. Ante esta postura el sujeto adoptará conductas de evitación. Pero tarde o temprano, el individuo será consciente de que debe afrontar la enfermedad, aún sin considerarla un reto.

Por otro lado, en la **evaluación secundaria** cuando se ha valorado un suceso como estresante se determinará los posibles recursos y opciones de que dispone la persona para hacer frente a la situación. Es una evaluación orientada a "qué se puede hacer en este caso". Ante la enfermedad tiene la función de eliminar o paliar sus consecuencias negativas, y eliminar o disminuir la ansiedad que provoca (Gallar, 1998, citado por Lauría Blanco, 2011). Los resultados de esta evaluación pueden modificar la evaluación inicial y predisponen al desarrollo de estrategias de afrontamiento. Si estos resultados son positivos favorecerán el control de la enfermedad y reducirán la ansiedad, si son negativos la aumentarán ya que la persona se verá desbordada.

Y en un tercer momento, aparece la **reevaluación**, que funciona mediante procesos de *feedback*, activos en todo momento de la interrelación entre el individuo y las demandas (estresores). Permite tomar nueva información y realizar correcciones acerca de las valoraciones, cogniciones y conductas previas.

Las evaluaciones primarias y secundarias interactúan entre sí, influyen en el nivel de estrés percibido, la cualidad y calidad del estado emocional que acompaña a la experiencia y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha. Es importante aclarar que si bien los tipos de evaluaciones se pueden "separar" en primaria y secundaria, esto es solo a los fines didácticos, ya que ambas se dan simultáneamente y son interdependientes entre sí y con la reevaluación. (Montero, 2011)

Lazarus y Folkman indican que las estrategias de afrontamiento se orientan en dos direcciones:

- Por un lado, se dirigen a manejar o cambiar el problema- “enfermedad” (afrontamiento centrado en el problema).
- Por otro, se dirigen a regular las emociones provocadas por el problema- “enfermedad” (afrontamiento centrado en la emoción).

La primera dirección posible, es decir, el afrontamiento dirigido al problema hace referencia a estrategias similares a las usadas en la solución de problemas; definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, valoración en términos de costo y beneficio y puesta en práctica de las oportunas acciones. Estas estrategias pueden dirigirse al entorno (modificar las presiones ambientales, los obstáculos, por procedimiento, etc.) y pueden orientarse hacia el propio sujeto (cambios en el nivel de aspiraciones, adquirir destrezas, búsqueda de otras vías de gratificación, etc.).

Por el contrario, el afrontamiento dirigido a la emoción consiste fundamentalmente en procesos cognitivos encaminados a disminuir el malestar emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, ver la parte positiva de la situación, etc.

Así es que posteriormente, se sistematizaron en ocho estrategias específicas (Fierro, 1998, citado por Montero, 2011):

- *Centradas en el problema*
 - Confrontación: acciones directas para alterar la situación; implica esfuerzos agresivos para cambiar la situación, y suele estar acompañada por hostilidad y asunción de riesgos. “*Me mantuve firme y luché por lo que quería*”, tratar de lograr que el responsable cambie de idea, etc.
 - Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información, simpatía o comprensión. “*Acudí a personas amigas que pudieran echarme una mano*”, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contarle a algún familiar, etc.

Hay que aclarar que esta estrategia pertenece a ambas funciones del afrontamiento, es decir, que se puede considerar como una modalidad de afrontamiento intermedio.

- Búsqueda de soluciones: (también conocido como solución planificada de problemas) son acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución, implica los esfuerzos dirigidos para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema. “*Analice detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso*”, establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.

• *Centradas en la emoción*

- Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos y acciones. “*Intenté controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema*”, guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.

- Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación, alejarse del problema y/o ignorarlo. “*Traté de no pensar demasiado en el problema*”, tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si no hubiera pasado nada, etc.

- Reevaluación Positiva: esfuerzos por dar un significado positivo a la situación enfocándola hacia el crecimiento personal, encontrar nuevos sentidos, la modificación de valores o prioridades sostenidas hasta ese entonces, el establecimiento de nuevas metas, etc. (a veces puede tener un sentido religioso). “*El pasar por esta experiencia enriqueció mi vida*”, “*la experiencia enseña*”, “*cambié y maduré como persona*”, etc.

- Autoinculpación: verse como responsable de los problemas por medio de autoreproches o autocastigos. “*Asumí que yo me había buscado el problema*”, disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse como causante del problema, etc.

- Escape/Evitación: se evita la situación de estrés, por ejemplo el pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación

(comer, beber, dormir, etc.). “*Fantaseé y soñé con tiempos mejores*”, esperar un milagro, evitar el contacto con la gente.

Es importante tener en cuenta el carácter secuencial de los procesos de manejo del estrés, es decir, la forma en que se administran los diversos recursos durante la interacción entre la persona y las demandas (por ejemplo, durante la recuperación post-quirúrgica, en un primer momento, es adaptativa la evitación debido a que la persona carece de control sobre su recuperación, pero más adelante esto debe cambiar para que comience a intervenir activamente).

Gallar (1998), hace una distinción de estrategias de afrontamiento en enfermedad, las cuales divide en dos grupos: dirigidas al problema y dirigidas a la emoción.

Las estrategias dirigidas al problema son:

- Definir el problema: se trata de analizar la gravedad actual y previsible de la enfermedad, de valorar con realismo sus posibles consecuencias negativas.
- Buscar información y asesoramiento
- Valorar alternativas de tratamiento.
- Adoptar hábitos de vida saludable

Las estrategias dirigidas a la emoción son:

- Controlar el estrés.
- Planificar actividades.
- Negar la enfermedad.
- Trivializar la enfermedad.
- Evitar aquello que suponga admitir su evidencia.
- Dirigir toda la atención a la enfermedad.
- Realizar comparaciones positivas
- Regresión.

Es importante destacar que una característica fundamental dentro del proceso de afrontamiento es que cada individuo puede utilizar diferentes estrategias en diferentes situaciones. El afrontamiento surge en los diferentes encuentros que realiza el individuo con el ambiente, y puede transformar tanto la relación original entre persona y ambiente

como las emociones resultantes de esta relación (Lazarus y Folkman, 1991, citado por Lauría Blanco, 2010). Cualquier forma de afrontamiento puede ser positiva o negativa en función de diversos determinantes situacionales y personales.

Lazarus y Folkman (1986; citado por Oblitas Guadalupe, 2004) dentro de su modelo transaccional de estrés (entendido como un proceso dinámico, en constante cambio de acuerdo a las actitudes del individuo y los cambios en las circunstancias) destacan algunas características importantes:

- Se refiere a cada interacción de la persona con el ambiente.
- Se lo entiende a nivel contextual.
- Es un proceso que cambia constantemente sin realizar ninguna suposición acerca de lo que constituye un buen o mal afrontamiento (ya que es considerado como distinto de sus resultados).
- No es automático, sino que se trata de un patrón de respuesta aprendido frente a situaciones estresantes, requiere de esfuerzos, uno puede no ser totalmente consciente de su respuesta de afrontamiento, los resultados pueden ser exitosos o no, pero el esfuerzo debe haberse realizado.
- Es un esfuerzo orientado a *manejar* la situación y las demandas que generan estrés y el estado emocional desagradable que se asocia a él.

Otras definiciones de **Afrontamiento**, extraídas de la Tesis doctoral de Rodríguez Fernández (2006) (citado por Lauría Blanco, 2010) son, entre otras:

- Lipowski en 1970 hace una definición del afrontamiento en relación a las enfermedades físicas, planteando que el mismo sería “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversibles, y para compensar, en lo posible, cualquier deterioro irreversible”.
- Weisman y Worden (1976-1977) definieron al afrontamiento como aquello que uno hace ante un problema que percibe, buscando conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Estos autores diferencian al afrontamiento de la defensa afirmando que mientras el primero busca una solución al problema, la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión.

- Pearlin y Schooler (1978) afirmaban que el afrontamiento es toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional generado por estos sucesos. Además, afirman que el afrontamiento tendría tres funciones de protección, las cuales llevaría a cabo a partir de los siguientes procesos: 1). Manejar el problema que causa malestar, eliminando o modificando las condiciones que lo generan, 2). Alterar el significado de la experiencia para neutralizar su valoración problemática y 3). Regular el malestar emocional generado por el problema. La función protectora que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación.

- En 1981, Caplan lo definió como el comportamiento del individuo de cara a reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional, tanto durante como inmediatamente después de un evento estresante. También afirmó que el sujeto moviliza sus propios recursos (internos y externos) y desarrolla nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, con el fin de reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

1.1. Eficacia del afrontamiento

La eficacia está relacionada con el grado en que se consiguen las metas generales del afrontamiento: la reducción del malestar emocional y la solución del problema; es decir, el grado en que reduce la activación emocional a un nivel tolerable y ayuda en la adaptación a la situación (Lazarus y Folkman, 1986; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Otros autores (citado por Lauría Blanco, 2010) señalan cinco metas relacionadas con el afrontamiento eficaz, las que se corresponden con las cinco áreas amenazadas en una enfermedad grave: la primera meta está relacionada con mantener el estrés dentro de límites manejables; en segundo lugar mantener la autoestima. La tercera meta implicaría mantener o recuperar la relación con personas significativas; otra meta sería tener expectativas acerca de la recuperación de las funciones corporales y ponerse en marcha para conseguirlas, y, por último, poder acomodar las expectativas propias a las del conjunto social en relación a la recuperación.

Rowland, en 1989, agregó dos metas más: por un lado, maximizar las habilidades individuales para responder a los requerimientos de la situación (por ejemplo, los tratamientos), y aprovechar las oportunidades disponibles.

Además de todo lo mencionado anteriormente, es muy importante tener en cuenta cuáles son las metas de cada persona a la hora de poner en marcha una estrategia de afrontamiento y, en función de esto se podría evaluar el éxito o fracaso del proceso (Rowland, 1989b; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

1.2. Afrontamiento ¿Adaptativo o no adaptativo?

Crespo y Cruzado (1998), parten de la idea de que el afrontamiento se separa de sus resultados, pero aun así, existen autores que marcan una distinción:

Carver y colaboradores (1993) establecieron esta diferenciación dividiendo a las estrategias en dos grupos: el primero incluiría las estrategias teóricamente no adaptativas o de tipo neurótico (desconexión mental y conductual, negación, centrarse en las emociones y desahogarse) y en el otro grupo estarían las estrategias adaptativas (aceptación, uso del humor, etc.). A partir de esta clasificación en un estudio sobre el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, se ha encontrado una asociación negativa entre ambos grupos de estrategias (Carver, 1993, citado por Lauría Blanco, 2010).

Hay estrategias en las que el ser adaptativas o no, depende de diferentes circunstancias, por ejemplo: la negación (que generalmente se la considera como no adaptativa) en momentos iniciales, tras el diagnóstico de una enfermedad, puede resultar adaptativa para la persona (Hamburg y Adams, 1967; Lazarus y Folkman, 1986; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Bayés (2006; citado por Rodríguez Fernández, 2006) diferencia las estrategias de afrontamiento efectivas de aquellas que no son adaptativas en función de las consecuencias (positivas o negativas) para las que el individuo las utiliza.

Como se nombró anteriormente, es importante siempre tener en cuenta las condiciones particulares de cada persona, ya que cada una se encuentra en una situación

específica, y a partir de ahí se puede determinar si las estrategias implementadas son adaptativas o no.

1.3. Afrontamiento: Estilos vs. Proceso vs. Estrategias

Es preciso hacer una diferenciación entre procesos, estilos y estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son predisposiciones de carácter personal para hacer frente a determinadas situaciones, son en sí preferencias individuales en el uso de unos tipos de estrategias, así como de su estabilidad temporal y situacional. Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997, citado por Montero, 2011). Y el afrontamiento como proceso se lo considera como un desarrollo dinámico que se realiza a partir de las características de la interacción (Belloch, Sandín y Ramos, 1995, citado por Lauría Blanco, 2010).

Algunos autores proponen como idea conciliadora de estas dos miradas (Arcas y Manzano, 1989; citado por Centeno, 2004) hablar de “estilos de afrontamiento” como variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias, y como utilizar “estrategias de afrontamiento” exclusivamente para referirse a las acciones concretas y específicas que realiza una persona para enfrentarse a una situación.

La idea elegida para esta investigación es de considerar a las estrategias de afrontamiento como una interacción entre las características de la persona y las cualidades que se perciben de la situación en la que se encuentra.

1.3.1. Estrategias de afrontamiento

En esta investigación, las estrategias de afrontamiento a partir de las cuales fueron evaluados los participantes fueron las propuestas por Sadin (1999), las cuales son siete estrategias que son evaluadas a través del cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) de Sandin y Chorot (2003).

A continuación, se detallarán las siete estrategias:

- Focalizado en la situación o en el problema: Analiza las causas, plantea y ejecuta soluciones para afrontar la situación.
- Autofocalización negativa: Se autoculpa, tiene sentimiento de indefensión e incapacidad, resignación, dependencia, pérdida de control y pesimismo.

- **Reevaluación positiva:** Reconoce el evento estresante, pero se centra en los aspectos positivos de la situación.
- **Expresión emocional abierta:** Descarga el mal humor con los demás, insulta, es hostil, irritable y se desahoga con los demás.
- **Evitación:** Se concentra en otras cosas, prefiere no pensar en el problema.
- **Búsqueda de apoyo social:** Identifica personas y redes de apoyo que puedan aportarle que adecuado manejo de la situación estresante.
- **Religión:** Acude a creencias religiosas para afrontar la situación, pues siente que ha perdido el control.

1.3.2. Estilos de afrontamiento.

Esta perspectiva ha estado bastante influenciada por la teoría psicoanalítica, sobre todo por el concepto de *defensas del yo* (lo que daba pie para pensar un posible estilo defensivo). Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de que se tratarían de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

La estabilidad o consistencia, a través de las diferentes experiencias con el estrés, de las estrategias de afrontamiento, planteadas por Lazarus y Folkman (1986), dio pie al desarrollo de un enfoque que las toma como un rasgo (no como orientación procesual); la pregunta desde la que parte es cómo “*usualmente*” afronta el estrés, en lugar de preguntarse por cómo afronta encuentros específicos (Lazarus, 1993; citado por Sandín, 1995).

Existen distintas clasificaciones de estilos de afrontamiento: el modelo del *represor/sensibilizador* (Byrne, 1964), el modelo de estilos cognitivos *monitoring* y *blunting* (Miller, 1987), Weinberg, Schwarts y Davidson (1979) plantearon cuatro tipos de afrontamiento del estrés: *represor*, *no defensivo/no ansioso*, *no defensivo ansioso* y *defensividad ansiosa*, el modelo de Kohlmann (1993), busca integrar los planteos anteriores, propone cuatro patrones de afrontamiento: *modo vigilante rígido*, *modo Evitador rígido*, *modo flexible* y *modo inconsistente*, entre otros (Belloch, Sandín y Ramos, Volumen II, 1995).

1.3.3. Procesos de afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1984, 1986), el planteamiento del afrontamiento como procesos tiene tres aspectos principales:

- Primero el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace.

- En segundo lugar, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el afrontamiento y evaluarlo, hay que conocer aquello que el individuo afronta.

- Y, en tercer lugar, hablar de un proceso de afrontamiento, significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con aquellos que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus y Folkman, 1986)

La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso es gracias a que los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También pueden presentarse cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. Por eso es que cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de que está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. El proceso de reevaluación influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por lo tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas que difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican.

Los autores Torestad, Magnusson y Oláh (1990; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) demostraron (empleando su inventario S-R) que el afrontamiento está

determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo). Ellos plantean que las estrategias de afrontamiento no se reducen ni a un proceso (depende de las cualidades de la situación que son percibidas) ni a disposiciones personales (rasgos), sino que se deben a la interacción entre estos factores (carácter interaccionista del afrontamiento). De sus investigaciones deriva que las personas tienden a usar ciertas estrategias de afrontamiento transituacionalmente. Estos autores **categorizaron** el afrontamiento según **tres dimensiones**: “constructivo”, “pasivo” y de “escape”. El *constructivo* se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a tratar con los sucesos estresantes de una manera directa y confrontativa. El *afrontamiento pasivo* incluye soluciones dirigidas a la emoción, mediante las cuales nada puede hacerse respecto a cambiar la situación o moverse de ella. El tercer tipo, *afrontamiento de escape*, hace referencia a las acciones cognitivas y conductuales dirigidas a “correrse de la situación” física o psicológicamente. La primera dimensión se corresponde con la definida por Lazarus como focalizado en el problema; pasivo y de escape se solaparían con la categoría de afrontamiento focalizado en la emoción.

Un punto de vista complementario sobre el afrontamiento, y que en cierto modo podría integrar algunas discrepancias, es el de los autores Moos, Cronkite, Billings y Finney (1986; citado por Sandín, 1995). Estos autores categorizaron el afrontamiento según dos dimensiones diferentes, el **método** y la **focalización**.

El afrontamiento, desde el punto de vista del método empleado, puede ser: *activo-cognitivo* (por ejemplo, redefinir la situación), *activo-conductual* (por ejemplo, acciones comportamentales para modificar la situación) y *evitación* (por ejemplo, distanciarse de la situación). Esto supone analizar si la respuesta como un esfuerzo es primariamente cognitiva o conductual (Moos y Schaefer, 1993; citado por Centeno, 2004).

La segunda clasificación se hace en función de la focalización de las respuestas del afrontamiento, tres tipos: *focalizado en la evaluación* (por ejemplo, análisis lógico), *focalizado en el problema* (por ejemplo, acciones de solución de problemas) y *focalizado en la emoción* (por ejemplo, descarga emocional). Es decir, una persona puede acercarse al problema y realizar esfuerzos activos para resolverlo, para tratar de evitar el problema y/o enfocar en manejar las emociones asociadas con él. Lógicamente, plantean los

autores, cada modo específico de afrontamiento puede clasificarse según el método y la focalización (Moos y Schaefer, 1993; citado por Centeno, 2004).

Siguiendo esta línea, Feuerstein y colaboradores (1986; citado por Sandín, 1995) partieron del modelo teórico de Moos y tomándolo como marco teórico ordenaron las diferentes categorías posibles de afrontamiento. Ellos afirmaron que las respuestas de afrontamiento pueden clasificarse en torno a dos ejes: el método utilizado y la focalización de la respuesta.

En función del **método** las respuestas pueden ser activas o de evitación. Según la **focalización**, pueden orientarse hacia el problema o hacia la emoción.

2. Afrontamiento y el paciente cardiaco

La enfermedad cardiaca es un proceso que muchas veces puede presentarse como asintomático, pudiendo tener diferentes consecuencias, y entre una de ellas se encuentra la muerte, ya que el órgano afectado, es nada menos, que el corazón. Por ello es normal que tenga un importante significado tanto para el individuo como para su entorno. Los recursos o capacidades de los que dispone el paciente (internos, externos) para afrontar este evento son diversos:

- Salud biológica del organismo y el ambiente físico donde se desenvuelve.
- Recursos psicológicos y psicosociales (autoestima, capacidad para solucionar problemas, esperanza...). Se acepta de forma general que los factores de personalidad están íntimamente relacionados con los procesos de afrontamiento (Ben-Porath y Tellegen, 1990; Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Schaeffer, 1993).
- Recursos culturales (valores, creencias, normas, simbología cultural).
- Recursos sociales (red social y sistema de apoyo social, este último, se ha demostrado importante para el afrontamiento del estrés) (Rodríguez Marín, 2001).

El paciente dispone de estas fuentes para encarar un proceso adaptativo ante el estrés que supone su propia enfermedad, y de ellos saldrá una determinada respuesta de afrontamiento.

El afrontamiento depende en gran medida del tipo de estrategias que la persona desarrolle para hacer frente a la enfermedad. Se parte de la idea de que la enfermedad es un estresor que provoca en la persona diferentes desajustes y reacciones. El modo en que el individuo perciba la enfermedad, los síntomas, su experiencia pasada, su personalidad, el apoyo del que disponga, etc., van a influir en el tipo de afrontamiento que desarrolle. Por lo tanto el afrontamiento es un proceso dinámico que se reajusta en función de cada momento. (Montero, 2011).

Si la enfermedad es considerada una fuente de estrés, las respuestas psicológicas de la persona pueden ser de carácter emocional negativo, ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira. Lipowski (1967, citado por Montero, 2011) señala 3 estadios en cuanto a reacciones que puede provocar la enfermedad:

- Reacción ante la amenaza de la enfermedad, son dominantes la ansiedad y la depresión.

- Toma de conciencia de la enfermedad como pérdida real o simbólica y sentimiento de aflicción que puede llegar a ser síndrome depresivo. No tiene por qué ser desadaptativo, puede ser necesario para la aceptación y el ajuste a la enfermedad.

- Beneficios obtenidos después del ajuste.

2.1. Condicionantes del afrontamiento

Las variables que influyen en el proceso del afrontamiento pertenecen: tanto a la situación como a características de la persona, e inclusive a las interpretaciones culturales acerca del fenómeno que se está experimentando (Rowland, 1989b; citado por Rodríguez Fernández, 2006).

Condicionantes de la situación

Hay circunstancias específicas de la vida que son consideradas como universalmente estresantes, es decir, situaciones en las que cualquier persona se evalúa a sí misma como excedida en cuanto a la utilización de sus recursos y que amenazan su bienestar. Los factores que se relacionan con esto tienen que ver con el grado de novedad, el nivel de incertidumbre acerca de lo ocurrido, grado de ambigüedad, factores temporales

(inminencia, duración, incertidumbre sobre el cuándo, etc.) y la presencia o ausencia de otros eventos estresantes en el mismo momento. Entre otros factores, el tipo de situación condicionará el tipo de respuesta de acuerdo a la intensidad del estresor o a la duración del mismo (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Lauría Blanco, 2010).

Hay que tener en cuenta que el hecho de padecer una enfermedad cardíaca, por el elevado nivel de estrés que puede llegar a generar, puede llegar a movilizar estrategias de afrontamiento más rígidas y menos realistas, según lo que plantean Lazarus y Folkman (1986) para las situaciones percibidas como de mayor estrés.

Condicionantes Individuales

Cada individuo posee una serie de variables de personalidad que condicionan su manera de responder ante las situaciones estresantes de su vida (Lazarus, 1974; citado por Rodríguez Fernández, 2006). Algunos autores señalan que las diferentes respuestas de afrontamiento pueden ser beneficiosas para algunas personas en una situación determinada, mientras que las mismas puede no serlo para otras. En esta afirmación radica la importancia de considerar los condicionantes individuales y situacionales de cada experiencia de estrés.

Algunas de las variables de la persona que condicionan la experiencia de estrés son: las experiencias personales previas, las creencias, motivaciones, metas, el propio sistema de valores, momento del ciclo vital y las estrategias de afrontamiento. La percepción individual de la situación y el significado atribuido a la misma influye en la elección de una estrategia de afrontamiento particular (Rowland, 1989, citado por Lauría Blanco, 2010). Lazarus y Folkman (1986) agregarían que las variables de personalidad también intervienen fuertemente en las atribuciones o significados subjetivos atribuidos a la situación por medio de la evaluación cognitiva, logrando influir en la elección de una estrategia de afrontamiento.

El momento del ciclo vital en el que se conoce el diagnóstico es importante, no solo por los proyectos que corren el riesgo de no realizarse (no es lo mismo para una persona joven con más proyectos de futuro que en una persona de edad avanzada) sino también por la amplitud de recursos con los que cuentan las personas para hacerle frente (en las personas más jóvenes pueden ser más limitados debido a su inexperiencia en

cuanto al afrontamiento de situaciones estresantes) (Rowland, 1989, citado por Lauría Blanco, 2010).

En cuanto a las experiencias previas (tanto de uno mismo como de personas cercanas), es importante conocer cómo se valoraron esas situaciones, el impacto emocional que produjo y el resultado final o desenlace de la enfermedad (muerte, remisión, secuelas físicas, etc.). Todo esto puede llevar al sujeto a pensar que ya conoce lo que va a suceder limitando o facilitando las posibilidades o alternativas

También influirán otros recursos de la persona como: el estado de salud, sus habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales, entre otros. Puede ocurrir que estos recursos no estén disponibles o estén restringidos debido a cuestiones personales como valores, creencias, impulsividad, miedos, etc., también debido a cuestiones medioambientales como la presión social, o bien debido a un alto nivel de amenaza percibida (Lazarus y Folkman, 1986).

Carven (1989, citado por Lauría Blanco, 2010) propone algunas variables personales que podrían influir en el afrontamiento serían:

- *Optimismo/Pesimismo*: las personas optimistas tienen expectativas más positivas en relación a su futuro y utilizan estrategias de afrontamiento más activas; mientras que las pesimistas, tienen peores expectativas acerca del futuro y utilizan estrategias centradas en el malestar emocional y en la evitación (Carver, 1989; Carver, 1993; Scheier, 1986; citado por Rodríguez Fernández, 2006). En general, los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y prolongados, hacen a la persona más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, incrementan la percepción y reporte de síntomas, disminuyen la predisposición a buscar ayuda médica oportuna, inducen conductas poco saludables (tabaco, alcohol, etc.) y puede afectar tanto la recepción como la percepción del apoyo social; de alguna manera esto permitiría explicar que el pesimismo y ánimo depresivo se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno, 2007; Barro, Cerna, Kramm y Vélez, 2004)). Otros estudios plantean que el pesimismo disposicional pone a los pacientes con cáncer de mama en riesgo de padecer, no sólo distrés emocional, sino también aislamiento social y retiro de actividades recreativas (Carver, Lehman y Antoni, 2003). Parece que el optimismo se relaciona inversamente con el distrés y que el afrontamiento funciona como

mediador en el efecto del optimismo sobre el estrés (Carver, Pozo, Harmis, Noriega, Scheier, Robinson, Ketchan, Moffat J. R. y Clark, 1993; Trunzo y Pinto, 2003). En una investigación se encontró que al momento del diagnóstico los síntomas como ansiedad y depresión fueron precedidos por bajos niveles de optimismo disposicional, lo cual fue parcialmente mediado por el uso de afrontamiento evitativo centrado en las emociones (Epping-Jordan, Compas, Osowiecki, Oppedisano, Gerhardt, Primo y Krag, 1999).

- Locus de Control (Rotter, 1966): la percepción de control que la gente tiene acerca de la situación de enfermedad parece ser un factor importante en cómo afrontarla (Carver, 1989; Stone y Porter, 1995). Se relaciona con la percepción de posibilidades para controlar aspectos de la situación, de introducir cambios en la situación, con el “recuperar” cierto dominio sobre lo que le sucede, relacionándose con la autoeficacia, competencia personal, entre otras, que influyen el estado de ajuste y adaptación, así como la calidad de vida y autoestima.

- Autoestima: en comparación, las personas con más autoestima tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas y positivas, mientras que las que tienen menores niveles autoestima tienden a desatender sus metas en situaciones de estrés. Se sugiere que llevar a cabo acciones mientras uno se encuentra bajo condiciones estresantes, como opuesto a permanecer pasivo, es una poderosa herramienta de afrontamiento (Gal y Lazarus, 1975). Son halladas fuertes correlaciones entre las estrategias de evitación y el deterioro en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida (Llull, Zanier y García, 2003)

- Resiliencia: reduce los efectos nocivos del estrés debido a que las personas con personalidad más “resistente” realizan afrontamientos más activos.

- Personalidad tipo A: este tipo de personalidad ha sido identificado con sujetos tendientes a un afrontamiento más activo que ignora el malestar emocional.

- Ansiedad rasgo: sea ha encontrado que existe una asociación negativa entre ansiedad rasgo y reinterpretación positiva, resiliencia y optimismo.

Condicionantes socio-culturales

La visión cultural de lo que significa padecer una enfermedad cardíaca, esta relacionada con el elevado porcentaje de muertes que se producen por esta causa. El hecho de que no siempre presente síntomas, de no saber cuando puede ocurrir por ejemplo un infarto, o el desconocimiento de los síntomas, lleva a que culturalmente sea una enfermedad que produzca incertidumbre y una actitud negativa.

Se debe señalar que existen ciertas estrategias de afrontamiento que se emplean con mayor frecuencia que otras de acuerdo con la cultura a la que se pertenece, es decir que más allá de la naturaleza de la amenaza implicada en la situación, existirían preferencias culturales en cuanto a la elección de estrategias de afrontamiento. No obstante, se debe considerar en cada caso cuáles son los valores en juego así como la percepción del sujeto en cuanto a la posibilidad o no de modificación de la situación (posibilidades de control).

El apoyo social juega un papel fundamental e influencia de forma directa la reacción ante el cáncer y su significado, además puede ser usado como estrategia de afrontamiento.

2.2. Modelos teóricos del afrontamiento

Los siguientes modelos fueron extraídos de la Tesis doctoral de la Dra. Rodríguez Fernández (2006).

2.2.1. Modelo de Lipowski (1969-70)

Este modelo se refiere a la enfermedad en general, considerando que el cáncer supone demandas especiales. La definición de afrontamiento de Lipowski atiende a dos de las dimensiones propuestas por Lazarus y Folkman (1986): las estrategias dirigidas o centradas en el problema y las dirigidas o centradas en la emoción.

El modo en que una persona afronta su enfermedad depende de diversas variables: factores derivados de la enfermedad (médicos, significados culturales y personales de la enfermedad), factores ambientales de tipo físico y social (sobre todo la calidad de las relaciones sociales), factores intrapersonales (edad, creencias, valores, habilidades personales e inteligencia), es decir, aquellos factores que contribuyen a determinar el

significado subjetivo de la enfermedad (similar a la evaluación cognitiva primaria de Lazarus y Folkman); esto influye en las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Lipowski diferencia entre estrategias y estilos de afrontamiento, entendiendo a las **estrategias de afrontamiento** como conductas, actividades cognitivas o percepciones específicas y muy variadas que se pueden definir en función del significado subjetivo de la enfermedad, su función hace al objetivo del afrontamiento. Los **estilos de afrontamiento** suponen una perdurabilidad intraindividual y pueden ser cognitivos (van desde la minimización a la vigilancia) o conductuales (desde la aproximación, adoptando una actitud activa, la capitulación, que implica una tendencia a la pasividad y a rechazar a los demás o depender de ellos, hasta la evitación, donde el sujeto podría actuar como si estuviera sano).

Los significados subjetivos que, desde este modelo, puede tener la enfermedad para el paciente son: a). Reto: genera estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, flexibles y racionales, b). Amenaza: genera reacciones de querer vencer a la enfermedad y provoca sentimientos de ansiedad, ira y/o miedo que lo llevan a seguir luchando o a rendirse según evalúe su capacidad para resistir esta situación, c). Castigo: en caso de que la enfermedad se perciba como algo justo o injusto, o como algo que permita la redención o expiación, d). Debilidad: la persona percibe su enfermedad como un fallo, un signo de pérdida del control personal con implicaciones éticas negativas y sentimientos de culpa, e). Liberación: de responsabilidades u obligaciones; esta significación está relacionada con la ganancia secundaria de la enfermedad, f). Estrategia: buscando obtener atención y apoyo por parte de los demás. Las estrategias implementadas están íntimamente relacionadas con el significado anterior, g). Pérdida o daño irreparable: es importante conocer el impacto de la pérdida, tener en cuenta el valor que el paciente le otorgaba a lo perdido y, por último, h). Valor: implica concebir a la enfermedad como algo que puede ayudar a desarrollar la personalidad y que permitirá el crecimiento personal.

2.2.2. Modelo de Ray, Lindop y Gibson (1982)

Los autores, inicialmente, se basaron en el modelo de Lazarus y Folkman, añadiéndole algunos matices:

1). Consideran que la evaluación secundaria está comprendida en la primaria, debido a que la percepción de control es un elemento de primer orden a la hora de determinar si una situación es evaluada como amenaza, pérdida o reto. Además, la evaluación primaria es la que determinará qué estrategias de afrontamiento pueden ser utilizadas. En razón de todo esto es que consideran que no tiene sentido abordarlas de forma separada.

2). Plantean que toda evaluación cognitiva es afrontamiento, apoyando esta afirmación en el hecho de que la persona siempre parte de situaciones anteriores para evaluar; así, toda evaluación va a ser una reevaluación en la que hay sesgos personales.

El afrontamiento es cualquier acción dirigida a la solución o mitigación de una situación problemática. Estos autores consideraron que el afrontamiento de los eventos vitales estresantes era un “esquema” aplicable en cualquier contexto.

Para ellos las estrategias de afrontamiento se clasifican en un esquema en función de la “orientación o disposición general del individuo hacia la situación” (Ray, Lindop y Gibson, 1982, citado por Lauría Blanco, 2010) a la que se llama “tema” de afrontamiento. Proponen seis temas de afrontamiento, dentro de ellos, las estrategias pueden ordenarse sobre dos dimensiones: de acuerdo a su carácter defensivo (como opuesto al aproximativo o de reconocimiento de la amenaza) y al grado interno de control que implican (como opuesto al desamparo).

Tabla 2: “Temas y dimensiones del afrontamiento de Ray, Lindop y Gibson” (1982)

TEMA	DESCRIPCIÓN	CARÁCTER DEFENSIVO Y GRADO INTERNO DE CONTROL
RECHAZO	El paciente se ve como víctima de un hecho injusto ante el que se rebela.	Puede ir desde la “resistencia” (menor reconocimiento de la amenaza y mayor sensación de control) a la “agresión” (alto reconocimiento y menor control).
CONTROL	Ve la situación como un reto, puede definir el	Va desde la “vigilancia” (bajo reconocimiento de la amenaza y mayor sensación de control) a

	problema y los medios para resolverlo.	la “manipulación” (alto reconocimiento de la amenaza y menor grado de control).
<i>RESIGNACIÓN</i>	Se ve a sí mismo como carente de poder, lo deja todo en manos del destino, el azar o la suerte.	Va desde el “cese” (alto reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control) a la “aceptación” (bajo reconocimiento y mucha sensación de control).
<i>MINIMIZACIÓN</i>	No reconoce el peligro real de la situación, se muestra seguro y considera la acción como <i>no-amenazante</i> .	Las estrategias van desde la “racionalización” (alto reconocimiento de la amenaza y alta sensación de control) a la “negación” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control).
<i>EVITACIÓN</i>	Se siente bajo amenaza, pero pospone la confrontación por medio evitando situaciones y pensamientos ansiógenos relacionados con su enfermedad.	Pueden ser de tipo “selectivo” (alto reconocimiento de la amenaza y alta sensación de control) o “general” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control).
<i>DEPENDENCIA</i>	La persona siente desamparo, delega el control de la situación a otras personas	Va desde la “confianza” (alto reconocimiento de la amenaza y gran sensación de control) a la “sumisión” (bajo reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control)

Desde la perspectiva de este modelo, las personas pueden afrontar un evento sobre uno o más de estos temas, o variar entre uno y otro a medida que pasa el tiempo.

2.2.3. Modelo de Moos y Schaefer (1984)

Desde esta perspectiva, se entiende a la enfermedad física grave como una crisis vital, siendo la evaluación cognitiva o elaboración del “significado subjetivo” de la crisis lo que determina las tareas de adaptación sobre las que se aplica el afrontamiento (Moos y Schaefer, 1984).

Los autores dividen las tareas de afrontamiento en siete categorías (nótese que las primeras tres están circunscriptas específicamente a un contexto de enfermedad): 1). Manejar el dolor, la incapacidad y otros síntomas, 2). Manejar el ambiente hospitalario y los tratamientos, 3). Desarrollar y mantener una relación adecuada con el personal sanitario, 4). Preservar un equilibrio emocional razonable, 5). Preservar una autoimagen satisfactoria y mantener el sentido de competencia y dominio, 6). Mantener relaciones normales con familia y amigos; y 7). Prepararse adecuadamente para un futuro incierto.

Una vez que se determinan las tareas de adaptación, el sujeto va a poner en marcha sus habilidades de afrontamiento, las cuales se pueden agrupar en tres categorías:

Tabla 3: “Categorías de afrontamiento de Moos y Schaefer”

<i>Dirigidas a la evaluación</i>	<i>Dirigidas al problema</i>	<i>Dirigidas a la emoción</i>
Análisis Lógico	Búsqueda de apoyo y guía	Descarga emocional
Reformulación positiva	Solución de problemas	Aceptación-Resignación
Evitación cognitiva	Búsqueda de fuentes de satisfacción alternativas	

Las primeras consisten en entender y encontrar significado a la crisis; las segundas se relacionan con la búsqueda de información y apoyo, y la posibilidad de cambios de metas y proyectos; y por último, las que se realizan mediante la regulación afectiva buscando mantener la esperanza y el control de las emociones.

Dentro de este modelo, tanto la evaluación cognitiva como la conciencia sobre ciertas tareas y la elección de estrategias de afrontamiento reciben influencias de tres tipos de factores: 1). *personales y demográficos* (edad, género, nivel socio-económico, madurez personal, fuerza del Yo, creencias filosóficas y religiosas, y las experiencias previas de afrontamiento de enfermedades), 2). *Relativos a la enfermedad* (tipo de enfermedad, rapidez de su evolución, sintomatología, etc.), y 3). *Del ambiente físico y social* (el ambiente hospitalario, el nivel de estimulación sensorial, relaciones con familiares y amigos, etc.).

En 1993, Ferrero plantea la falta de claridad en este modelo debido a que el “afrontamiento dirigido a la evaluación” recoge estrategias o habilidades que pareciera que no puede ser entendidas como afrontamiento dirigido al problema o a la emoción, como la redefinición cognitiva y la negación.

3. Investigaciones relacionadas.

A continuación, se detallarán una serie de investigaciones donde se buscó relacionar el afrontamiento con el paciente cardíaco:

- Montero (2011) en su investigación, busco evaluar el tipo afrontamiento en la pareja frente a la enfermedad cardíaca. Para esto realizo una evaluación en cuanto al tipo de afrontamiento percibido por el paciente en su pareja, en el que fueron incluidas dimensiones de afrontamiento pasivo y activo. Y por otro, el tipo de afrontamiento que utiliza la pareja, ya sea activo o pasivo, con respecto al paciente. Como resultado obtuvo que las parejas muestran valores medios en cuanto a la distribución de las frecuencias, afrontamiento pasivo (48,5%) y afrontamiento activo (51,5%). Es decir, destaca ligeramente el afrontamiento activo pero no de forma significativa.
- Sanchez Ureña y Ureña Bonilla (2011), realizaron una investigación a cerca de “Complejo de ira-hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular”, con el propósito de valorar la presencia de dicho complejo y sus mecanismos de afrontamiento, ya que parten de la base que los mecanismos de

afrontamiento juegan un papel central en el proceso de rehabilitación cardiaca. Para esto evaluaron a 19 pacientes de un programa de rehabilitación cardiaca a través de dos cuestionarios, cada uno dedicado a una variable, complejo y afrontamiento, y de forma retrospectiva, es decir, antes de sufrir el evento cardiovascular y una semana después. Como resultado obtuvieron que en la evaluación retrospectiva del complejo ira-hostilidad se registraron promedios que oscilaron entre 1,84 y 2,51; los valores más altos fueron para las dimensiones hostilidad (2,51) y agresividad verbal (2,49). En la evaluación actual, los promedios variaron entre 1,73 y 3,0, siendo los valores más altos para las dimensiones hostilidad (2,28) e ira (3,01). La única diferencia significativa se encontró en la dimensión ira, la cual en la evaluación actual fue superior a la retrospectiva ($p < 0,05$). Por otro lado, los mecanismos de afrontamiento más utilizados fueron: la religión, el apoyo social, la aceptación, la planificación y afrontamiento activo y la reinterpretación positiva. Por lo que llegaron a la conclusión que este estudio mostró un perfil de reacción emocional y de afrontamiento en los pacientes cardiopatas encuestados, que evidencia la necesidad de considerar los aspectos psicológicos en el proceso de rehabilitación cardiaca.

- Valls y Rueda (2013), realizaron una investigación a cerca de la personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. La investigación fue centrada, por un lado, en estudiar en una muestra de enfermos cardiovasculares cómo se relacionaban y cuál era el peso predictivo de los rasgos de personalidad con respecto a la calidad de vida que percibían. Por otro lado, se determinó la capacidad predictiva de las estrategias de afrontamiento en relación con la calidad de vida; y se examinó de forma exploratoria la asociación entre la estrategia de afrontamiento de la aceptación y la calidad de vida. Para esto se seleccionó una muestra formada por ciento siete pacientes, de los cuales un 59.8% (N=64) eran hombres y un 40.2% (N=43) mujeres. La edad media de los participantes fue de 63 años,

estando el rango de edad comprendido entre 30 y 87 años. Como instrumentos para realizar el estudio se elaboró un cuadernillo que incluía diferentes escalas relativas a aspectos sociodemográficos, clínicos y psicosociales. Esta información fue recogida a través de autoinforme realizado por el propio paciente. Cuando éste no era capaz de informar de los datos biomédicos, se procedía a consultar su historial médico. Gracias a los resultados y a modo de resumen, la investigación pone de manifiesto la contribución que tienen sobre la calidad de vida tanto las características de la personalidad de los pacientes como su forma de afrontar la enfermedad. En particular la afabilidad, pero sobre todo la estabilidad emocional, son los dos rasgos que parecen vincularse con un mejor manejo de la enfermedad cardiovascular, fomentando un menor uso de estrategias emocionales negativas y una mayor búsqueda de apoyo social. Por otra parte, tanto la estabilidad emocional como la energía y el afrontamiento dirigido a la reevaluación positiva de la situación parecen representar factores psicosociales protectores, en la medida en que contribuye a aumentar el nivel de calidad de vida de los pacientes. Gracias al conjunto de estos resultados, los autores realizaron una propuesta para la hora de planificar mejor los programas de prevención y rehabilitación cardíaca con el fin de maximizar la eficacia de los mismos. Dichos tratamientos proponen que deberían realizarse desde atención primaria, estructurándose de manera estratificada y multifactorial y orientándose al perfil individual y a las necesidades de cada paciente. En estos programas, además de contemplar la reducción de los factores de riesgo cardíaco tradicionales, sería conveniente que también se incluyeran protocolos de actuación a nivel psicológico y social, destacando el afrontamiento adaptativo de la enfermedad cardíaca, la promoción de la calidad de vida, y la reducción de los niveles de malestar emocional y aislamiento social que pueden tener los pacientes coronarios con mayor vulnerabilidad emocional.

PARTE 2:
MARCO METODOLOGICO

V.METODOLOGIA DE TRABAJO

1. Variables evaluadas

Según Hernández Sampieri, Fernández-Colado y Lucio (2008) una variable es *“una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”* (p.123).

Las variables evaluadas en esta investigación fueron:

- a). Ansiedad y su sintomatología.
- b). Estrategias de afrontamiento.

2. Objetivos del trabajo

General:

- Conocer si existe correlación entre ansiedad y afrontamiento en el paciente cardiaco.

Específicos

- Conocer el nivel de ansiedad en el paciente cardiaco que este próximo a realizarse una coronariografía.
- Identificar síntomas frecuentes de ansiedad en el paciente cardiaco próximo a realizarse una coronariografía.
- Identificar estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas en el paciente cardiaco próximo a realizarse una coronariografía.

2.1.Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los pacientes cardiaco próximo a realizarse una coronografía?
- ¿Qué nivel de ansiedad presentan los pacientes cardiacos?
- ¿Qué tipo de síntomas de ansiedad son lo que se presentan en el paciente cardiaco?

3. Método

3.1.Tipo de estudio

El tipo de estudio es cuantitativo ya que se usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para así establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Debido al alcance de la misma, las conclusiones que se obtienen quedan circunscriptas a esta investigación.

Los estudios descriptivos consisten en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan; buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que sea susceptible de analizar (Danke, 1989; citado por Hernández Sampieri y otros, 2008). Todo lo mencionado se refiere a que el alcance de los mismos se relaciona con medir, evaluar datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (describe tendencias de un grupo, muestra o población), rebasando los límites de la recogida y tabulación de datos, supone un proceso interpretativo acerca del significado e importancia de lo que se describe.

3.2.Diseño

El diseño de la investigación es no experimental trasversal descriptivo, ya que no va a haber una manipulación de variables y se van a observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos. El alcance de la investigación es descriptivo, porque la meta es describir fenómenos, y da la posibilidad de hacer predicciones incipientes, y las hipótesis se generan si se pronostica un hecho.

3.3.Descripción de la muestra

El tipo de muestra intencional o de conveniencia, ya que se escogen las unidades siguiendo criterios de conveniencia para los objetivos de la investigación. La cantidad de la muestra va a ser de 30 personas, los cuales están próximos a ser sometidos a una coronariografía. El grupo va a estar conformado por pacientes que asistan a una consulta previamente acordada. Dicha muestra va a ser obtenida del Hospital Italiano de Mendoza. El tratamiento de los datos va a ser anónimo y con fines de investigación.

3.4.Sujetos o participantes

Las participantes de esta investigación fueron 30 sujetos, de los cuales 19 fueron hombres y 11 mujeres, los cuales voluntariamente aceptaron participar de la misma, las

edades están comprendidas entre los 47 y 84 años, con una media del 66,60 y una desviación estándar de 8,73, y estaban, al momento de la entrevista, próximos a realizarse una corografía en el servicio de hemodinamia del Hospital Italiano de Mendoza.

De los participantes, 66,6% fueron hombres y el 33,3% mujeres. En relación al nivel de estudio, 43,3% tiene la primaria completa, el 30% el secundario completo, el 10% el secundario incompleto, y 16,7% obtuvieron un título universitario. Dentro de la entrevista, también fueron consultados a cerca si era la primera intervención coronaria que se realizaban, o si ya habían pasado por una, a lo que el 83,3% respondieron que era la primera vez y el 16,7% que ya habían sido sometidos a una intervención. Y del total de los pacientes, el 20% manifestó tener antecedentes de ansiedad o depresión, y el 80% no tenían ningún antecedente.

3.5. Instrumentos utilizados

Para cumplir con los objetivos de esta investigación y buscar respuestas a las preguntas planteadas se eligieron tres instrumentos:

- Entrevista semi dirigida, sociodemográfica y médica
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)
- Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

3.5.1. Descripción de los instrumentos

3.5.1.1. Entrevista semi dirigida, sociodemográfica y médica

Dicha entrevista tiene como finalidad obtener información de las siguientes variables: edad, sexo, vida familiar; estado civil, hijos y con quien convive, vida laboral; estudios, profesión, y acerca si era la primera vez que se realizaba una intervención coronaria o no, y acerca de sus antecedentes de ansiedad o depresión.

3.5.1.2. Inventario de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).

El Inventario de Ansiedad de Beck, conocido por el acrónimo BAI (Beck Anxiety Inventory; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), es un cuestionario autoaplicado utilizado para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad en adolescentes y adultos.

El BAI se ha diseñado específicamente para medir "la ansiedad clínica", es decir, es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad.

Es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Gravemente”.

El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación.

Administración, evaluación e interpretación

Esta técnica fue administrada de manera individual a cada paciente, y a los pacientes se les pidió que registraran si habían sufrido de los síntomas mencionados en los últimos 6 meses. Dicho cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. El formato de los ítems es de tipo Likert, con 4 opciones posibles que van desde 0,1,2,3 y 4.

La puntuación de cada escala se obtiene de la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica que de 0 a 7 la ansiedad es mínima, de 8 a 15 leve, de 16 a 25 moderada, y de 25 a 63 la ansiedad es máxima (Beck y Steer, 1993).

3.5.1.3. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Chorot y Sadin, 2003)

El cuestionario de afrontamiento al Estrés es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento:

- Focalizado en la solución del problema (FSP)
- Autofocalización negativa (AFN),
- Reevaluación positiva (REP)
- Expresión emocional abierta (EEA)
- Evitación (EVT)
- Búsqueda de apoyo social (BAS),

- Religión(RLG)

Cada uno de los estilos posee 6 ítems, que están distribuidos a lo largo de 42 preguntas.

Administración, evaluación e interpretación

La administración de esta técnica fue de manera individual, y a los participantes se les pidió que respondieran las afirmaciones en relación al momento en que se enteraron que sufrían de alguna afección cardíaca. Dicho cuestionario es de tipo Likert con 5 opciones posibles 0,1,2,3 y 4, por lo que, al momento de la evaluación e interpretación, se deben sumar los valores de las respuestas de cada ítem correspondiente a cada estrategia, para así tener un valor de cada una de ellas.

Es importante aclarar que ambas escalas no se encuentran validadas para la población mendocina, pero al tratarse de una tesis de grado, si pueden ser utilizadas con fines de investigación. Es por esta razón es que no se hace referencia a la validez y a la fiabilidad de cada una de ellas.

4. Procedimiento

En primer lugar, se solicitó autorización por escrito al Comité de docencia e investigación del Hospital Italiano, para llevar a cabo la tesis de grado en el área de Hemodinamia del mismo. Luego que se otorgó la autorización, me presente en el servicio de Hemodinamia para poder contarles a los profesionales a cargo cual era la idea y si estaban de acuerdo o querían hacer una sugerencia, así es que se acordó que las entrevistas y toma de escalas se iban a realizar en el pre diagnostico que se le hace a los pacientes, primero estando acompañada por el doctor a cargo y luego dejándome lugar a mí para seguir con la entrevista correspondiente a la tesis y luego la toma de escala.

Ya con el paciente, en primer lugar, se le brindo el consentimiento informado, para que tenga la posibilidad de firmarlo si estaban de acuerdo, y así participar de la investigación. Luego se llevo a cabo una breve entrevista semi dirigida, para obtener datos relevantes para la investigación. En un tercer momento, será la toma de las escalas; el BAI, y luego el CAE.

5. Presentación, análisis y discusión de resultados

5.1.BAI, Cuestionario de Ansiedad de Beck

Tabla 4: *Presentación de datos generales de la muestra acerca de la ansiedad*

Ansiedad	
Media	18,47
DS	9,57
Min	3
Max	36

Tabla 5: *Clasificación del Nivel de Ansiedad de la muestra*

Clasificación	
Mínimo	16,7
Leve	20
Moderado	33,3
Grave	30

Tabla 6: *Síntomas de Ansiedad de la muestra*

Síntomas de ansiedad	
Nerviosismo	83,33
Hormigueo/entumecimiento	76,66
Miedo a que suceda lo peor	63,33
Sens. Inseguridad/inest	60
Sobresaltos	56,66
Incapacidad para relajarse	53,33
Dificultad para respirar	53,33

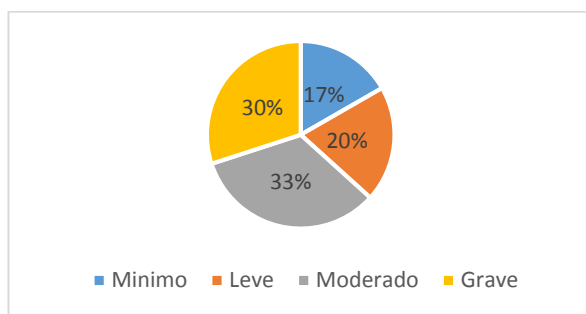
De la muestra de participantes, se pudo obtener una media del 18,47 con una desviación estándar de 9,57, en relación a los puntajes obtenidos, el cual podía ir del 0 al 63 como ya se mencionó anteriormente.

En relación al nivel de ansiedad que presentaban los participantes se clasifico con una escala de mínimo, leve, moderado y grave. De los puntajes obtenidos, el 16,7%

obtuvo un puntaje mínimo, un 20% un puntaje leve, un 33,3 un puntaje moderado y un 30% un puntaje grave.

De los 21 síntomas que se nombran en el BAI, los más frecuentes que manifestaron padecer los participantes fueron: el 83,3% nerviosismo, el 76,66% hormigueos o entumecimientos, el 63,33% miedo a que suceda lo peor, el 60% sensación de inseguridad o inestabilidad física, y el 53,33% incapacidad para relajarse y dificultad para respirar.

Grafico 1: *Clasificación del nivel de ansiedad*



De los datos obtenidos y en función de lo mencionado a lo largo del marco teórico, se puede afirmar que el paciente cardíaco padece de niveles elevados de ansiedad, ya que la media obtenida es de 18,47 con una DS de 9,57, y se ubicaría dentro del rango moderado de ansiedad. Además, es necesario destacar que, entre el rango de grave y moderado, la diferencia que se presentó es mínima. Y solo el 17% del total presentó un mínimo de ansiedad.

En relación a los síntomas de ansiedad, el 83,33% manifestó padecer de nerviosismo, el 63,33% miedo a que suceda lo peor y el 53,33% de incapacidad para relajarse, estos tres síntomas se encuentran íntimamente relacionados con las características de personalidad tipo A, la cual es un patrón de conducta que se presenta comúnmente en pacientes con alguna afección cardíaca.

5.2. Cuestionario de afrontamiento al estrés

Tabla 7: *Tipo de estrategia de afrontamiento.*

Media	3,13
DS	1,38
Moda	3

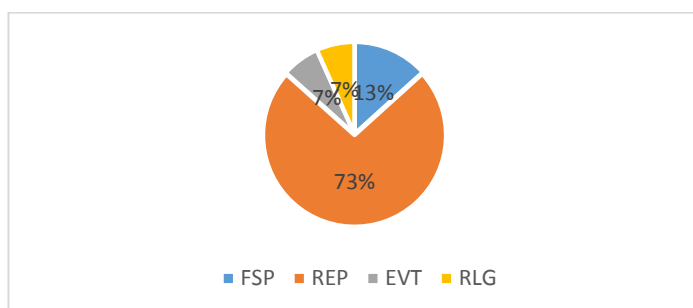
Tabla 8: *Frecuencia de estrategias de afrontamiento.*

FSP	13,3
REP	73,3
EVT	6,7
RLG	6,7

Tabla 9: *Media y DS de estrategias de afrontamiento*

	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Media	12,67	6,93	19,16	5,36	10,1	8,23	11,3
DS	6,5	4,47	2,86	4,88	5,54	5,24	7,5
Min	2	0	14	0	1	0	0
Max	25	18	26	19	21	19	24

Grafico 2: *Frecuencia de estrategias de afrontamiento*



La estrategia que se presentó con mayor puntaje en el 73% de los participantes fue la estrategia de Reevaluación Positiva (REP). En segundo lugar, la estrategia que obtuvo mayor puntaje entre los participantes fue Focalizado en la Solución del Problema (FSP), la cual estuvo en el 13%, en un 7 % como estrategia se presentó la Evitación, y en el 7% restante la estrategia con mayor puntaje fue la de Religión. De las tres estrategias restantes, Autofocalización, Expresión Emocional Abierta y Búsqueda de Apoyo Social, no fueron nombradas en el análisis ya que ningún participante obtuvo dichas estrategias.

Al haber una diferencia más que significativa entre las estrategias, se puede decir que los pacientes que se encuentran próximos a realizarse una coronariografía, situación que genera estrés, utilizan como estrategia de afrontamiento la Reevaluación Positiva, la cual consiste en percibir el evento estresante, que este caso sería el procedimiento próximo a realizarse, pero centrarse en los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación. Durante la toma del cuestionario, los participantes manifestaban en voz alta que desde que tienen conocimiento de que algo funciona mal con su corazón, han empezado a valorar más pequeñas cosas de la vida cotidiana que antes pasaban más desapercibidas.

De las dos estrategias que más puntaje obtuvieron entre los participantes, es decir, Reevaluación Positiva (REP) y Focalización en la Solución del Problema (FSP), no hubo correlación con la variable Ansiedad, esto quiere decir que los valores entre sí no son homónimos, es decir, que, al aumentar el valor de una variable, por ejemplo, el de ansiedad, el valor de la estrategia REP, no aumenta. Por el contrario, las dos estrategias que se ubicaron en tercer lugar, Evitación (EVT) y Religión (RLG), ya que obtuvieron el mismo porcentaje (un 7% cada una), si tuvieron correlación ambas con la variable ansiedad, es decir a medida que el valor de ansiedad aumenta, los valores de las estrategias EVT y RLG también aumentan.

La correlación entre las variables ansiedad y cada una de las siete estrategias de afrontamiento, se hicieron a través de la correlación de Pearson, el cual está pensado para variables cuantitativas, es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente. Cabe aclarar que cuando se habla de variables relacionadas linealmente, significa que puede haber variables fuertemente relacionadas, pero no de forma lineal, en cuyo caso no proceder a aplicarse la correlación de Pearson. En el caso de esta investigación, ninguna de las variables propuestas, es decir, ansiedad con alguna de las siete estrategias de afrontamiento, tuvieron correlación.

6. Conclusiones

Dadas las características de la muestra de este trabajo las conclusiones no pueden ser generalizadas a todas las personas que padezcan una enfermedad cardíaca, sino que

solo son válidas para describir al grupo de participantes que formaron parte de esta investigación.

La finalidad fundamental de este estudio fue poder describir el nivel y síntomas de ansiedad, como también las estrategias de afrontamiento que se presentan en el paciente cardiaco. La intención es aportar información valiosa que ayude al desarrollo de investigaciones futuras que también tengan el objetivo de mejorar la calidad del abordaje integral, y específicamente psicológico, de aquellas personas que padecen este tipo de patología.

Del análisis de datos obtenido del **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**, en relación al nivel de ansiedad que los participantes presentaron, se pudo comprobar un elevado nivel de ansiedad, ya que más de la mitad manifestó una ansiedad de moderado a grave. Esto tiene relación con una de las características del paciente cardiaco: presentar elevados niveles de ansiedad, que además de ser un factor de riesgo en la enfermedad, también puede presentar síntomas ansiosos que pueden llegar a confundirse con síntomas coronarios, como por ejemplo un ataque de pánico puede interpretarse como el principio de un infarto.

En cuanto a los 21 síntomas de ansiedad que se presentan en el BAI, los participantes manifestaron padecer: nerviosismo, hormigueos o entumecimientos, miedo a que suceda lo peor, sensación de inseguridad o inestabilidad física, sobresaltos, incapacidad para relajarse y dificultad para respirar. Dichos síntomas son relevantes ya que todos se presentaron en más de la mitad de los participantes, y tienen que ver con síntomas fisiológicos como también subjetivos, como por ejemplo, miedo a que suceda lo peor o incapacidad para relajarse.

Además de los siete síntomas mencionados, tres de ellos; nerviosismo, miedo a que suceda lo peor e incapacidad para relajarse, coinciden con ciertas características del patrón de conducta de la denominada Personalidad Tipo A, la cual en pocas palabras es propia de personas impacientes, ambiciosas, y que viven estresadas. Dicho patrón es característico, y hasta predisponente, de la enfermedad cardiaca.

En relación a los datos obtenidos del **Cuestionarios de Afrontamiento al Estrés (CAE)**, se pudo observar que frente al hecho de tener que realizarse una coronariografía, entre las siete estrategias que propone el cuestionario, la estrategia que más participantes

utilizaron, y con una diferencia más que significativa, fue la Reevaluación Positiva. Esta estrategia cuando es utilizada la persona identifica claramente cuál es la situación estresante, en este caso realizarse una coronariografía, pero decide centrarse en los aspectos positivos en de la misma. La segunda estrategia que más se presentó entre los participantes fue la de Focalización en la Solución del Problema. Dicha estrategia consiste en que el sujeto analiza las causas del problema, que se puede decir que en este caso sería la coronariografía, pero además plantea y ejecuta soluciones para afrontar mejor la situación. Y en un tercer lugar, dos grupos de participantes, manifestaron por igual, utilizar la estrategia de Evitación, la cual consiste en que el sujeto prefiere concentrarse en otras cosas y no en la situación que le provoca malestar, y la estrategia de Religión, la cual hace frente a la situación acudiendo a creencias religiosas para afrontarla, ya que el sujeto siente que las circunstancias ya no dependen de él.

Así es que puede decirse, gracias a la diferencia significativa que se mostró entre las distintas estrategias, que los pacientes próximos a realizarse una coronariografía, utilizan la estrategia de Reevaluación Positiva, la cual pertenece al grupo de las estrategias centradas en la emoción. Esto quiere decir que los participantes ponen en marcha procesos cognitivos encaminados a disminuir el malestar emocional que la situación les provoca buscando posibles aspectos positivos

Siguiendo la correlación de Pearson, la cual estadísticamente hablando es una medida de relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas, en el caso de esta investigación serían las variables ansiedad y la estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva, se pudo comprobar que no existe correlación, es decir relación, con la variable de ansiedad. Esto quiere decir, que son dos variables independientes, por lo que si aumenta o disminuye la ansiedad, no tiene relación con que el sujeto este utilizando o no como estrategia de afrontamiento la Reevaluación Positiva. Lo mismo sucedió con el restante de las estrategias de afrontamiento, ya que ninguna tiene correlación con la variable ansiedad. Es decir que estadísticamente, no hay una correlación directa entre ansiedad y estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento y sus estrategias, son utilizados cuando la persona percibe una situación como estresante, ya sea como es en el caso un procedimiento coronario o una entrevista laboral, o cualquier situación de la vida cotidiana que sea considerada como

estresante, la persona suele poner en marcha, en mayor o menor medida, alguna de dichas estrategias. En el caso de esta investigación, por más que se pudo comprobar que no hay una correlación estadística entre ansiedad y afrontamiento, es decir, que no porque la ansiedad aumente o disminuya, la estrategia va a ser utilizada en mayor o menor medida, sería incorrecto afirmar que por dicho resultado este tipo de paciente no esté utilizando alguna estrategia o que no esté pasando por una situación estresante. Por el contrario, el total de los participantes identificaron la situación como estresante, pero la mayoría optaron por enfocarse en lo positivo, por más ansiedad y estrés que está les provoque.

Para hacer un resumen de lo concluido, se puede afirmar que los pacientes cardiacos, específicamente los próximos a realizarse un estudio de procedimiento como es una coronariografía, presentan elevados niveles de ansiedad, con síntomas fisiológicos como también subjetivos, y que utilizan como estrategia de afrontamiento al estrés la Reevaluación Positiva.

Dado que el fin de la investigación era conocer distintos aspectos psicológicos del paciente cardíaco, se detallarán una serie de ideas, propuestas por Montero (2011), acerca de cómo llevar a cabo una intervención psicológica en pacientes con enfermedad cardíaca, para luego hacer una propuesta personal basada en los datos obtenidos.

Montero menciona en cuanto a las intervenciones conductuales que van a estar apuntadas a modificar:

- Hábitos y estilo de vida (dieta, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, entre otros).
- Factores psicosociales, como el patrón de conducta Tipo A y la ansiedad.
- Mejorar la adherencia a las medidas de promoción, prevención y/o rehabilitación.

Los objetivos que no deben perderse de vista en la intervención psicológica en cardiología son: el manejo de los efectos psicológicos y emocionales de la enfermedad cardíaca, generar un cambio de los factores de riesgo por hábitos de vida cardiosaludables, y hacer una integración de todas las esferas de la vida anterior al evento cardíaco (Laham, 2001, citado por Montero, 2011). Dichas intervenciones deben incluir apuntar al control cognitivo, control de estrés y/o respuestas fisiológicas, como puede ser la ansiedad, para poder generar cambios de hábitos.

A modo de síntesis, Gallar (1998, citado por Montero, 2011), diseñó una serie de nueve puntos a seguir para una intervención psicológica en la enfermedad cardíaca:

- Informar al paciente y allegados sobre las características y riesgos de su estilo de vida y su enfermedad.
- Indicar la importancia de seguir el tratamiento médico y sus recomendaciones de la forma más estricta posible.
- Hacer conscientes a los sujetos con patrón de conducta Tipo A de sus riesgos
- Implicar a la familia en los cuidados prescritos
- Identificar los factores estresantes.
- Aplicar técnicas de relajación.
- Proponer hábitos laborales y sociales saludables.
- Prestar apoyo emocional al paciente y sus familiares.
- Proponer y promover hábitos higiénico - dietéticos saludables como: ejercicio físico, control del peso, control de las grasas, control de la presión arterial, control de tabaco y alcohol.

Así es que luego de analizar los datos y conocer acerca de posibles intervenciones psicológicas en la enfermedad cardíaca, mi propuesta se basa en una posible orientación terapéutica desde un enfoque cognitivo conductual, la cual estaría dirigida a disminuir principalmente los elevados montos de ansiedad que presentaron los pacientes. En primer lugar esto sería identificando los síntomas, conocer cuál es su origen, fisiológico o subjetivo, y así el paciente al conocerlos, pueda aprender a controlarlos por ejemplo a través de técnicas de relajación. Esto es de suma importancia ya que como está comprobado, elevados niveles de ansiedad generan estrés, y ambos, a su vez, son factores de riesgo para el paciente con una enfermedad cardíaca. Otro posible camino, sería trabajar con el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento más adecuadas. Desde mi humilde opinión, las estrategias más apropiadas serían: la Reevaluación Positiva (estrategia que se presentó en más del 70% de los participantes), la Focalización en la Solución del Problema, (se presentó en más del 10% de los participantes,) y Búsqueda de apoyo social (la cual no se presentó en ninguno de los participantes de la muestra). Esta última es de suma importancia, ya que consiste en que el sujeto pueda identificar personas

y redes de apoyo que puedan aportarle para realizar un adecuado manejo de la situación estresante.

Otro camino a seguir, y que complementaria lo comentado anteriormente, es además fomentar, a través de un proceso psicoeducativo, los hábitos de vida saludables para el sujeto, que comprendan desde la actividad física, actividades recreativas que a la persona le resulten placentero realizarlas, como también tiempos de ocio sin culpa, hábitos y control en relación a las comidas y bebidas, sobre todo alcohólicas, eliminar, y si esto no es posible, disminuir el consumo de tabaco.

Un aspecto que me resulto llamativo en mi acotada experiencia con el trato de este tipo de pacientes, es la falta de información con la que cuentan, lo cual es un gran motor que lleva a aumentar su ansiedad notablemente, por lo que me parece que es de suma importancia tener siempre en cuenta hacer intervenciones psicoeducativas, para no solo poder salvar dudas medicas de los pacientes, sino también para poder ayudar a controlar la ansiedad que están padeciendo.

A partir de los interrogantes planteados, y muchos más que puedan aparecer en el camino que implica realizar una investigación, quedan líneas abiertas para futuras investigaciones que puedan aportar nuevas ideas, información e interrogantes; siempre teniendo como horizonte mejorar: la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, las intervenciones psicológicas, la promoción y prevención de la salud.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Achón, Z; González, M; Molerio Pérez, O & Otero Ramos, I (2005) *El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 43 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032005000100007&script=sci_arttext&tIng=pt

Allín, M.E. (2013). *Salas de Hemodinamia: aspectos físicos y funcionales de una buena práctica*. Trabajo Monográfico para curso de posgrado. Universidad Nacional de Lanús. Argentina. Recuperado de <http://www.aadaih.org.ar/wp-content/uploads/2016/02/Monografia-Salas-de-Hemodinamia.pdf>

Barrilero Gómez, J, Casero Mayorga, J, Cebrián Picazo, F, Córdoba Monedero, César A, García Alcaraz, F, Gregorio González, E..., Tébar Parreño, F. (1999), *Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*, Revista de enfermería, Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/336>

Beck, A. & Clark, D. (2010) *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Editorial Desclée de Brouwer. Obtenido de <http://www.ebooks.edesclee.com>

Beck, A. y Steer, R.A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

Cano, V. (2002): *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Arguval. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.

Castro Vargas, F; Peña Coto, C & Ramírez Muñoz, J (2012), *Infarto agudo del miocardio por estrés laboral*, Medicina Legal de Costa Rica, 29 (2). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152012000200012&script=sci_arttext

Centeno, M. N. (2004). *"Afrontamiento y oncología pediátrica. Fortalezas familiares ante el desafío"*. Tesis de Licenciatura para obtener el título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Chesney, M, Eagleston, J & Rosenman, R. (1988) *Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades coronarias: el patrón de conducta tipo A como ejemplo*. Revista Latinoamericana de Psicología, 20 (001). Fundacion Universitaria Konrad Lorenz. Bogota, Colombia.

Chorot, P. & Sadin, B. (2003). “*Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar*”. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 8 (1). Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Recuperado de [http://www.aepp.net/arc/03.2003\(1\).Sadin-Chorot.pdf](http://www.aepp.net/arc/03.2003(1).Sadin-Chorot.pdf)

Farreras, V. & Rozman, C. (2012). Medicina Interna. Ed. Elsevier.

Folkman, S; Lazarus, R.; Gruen R.J. & Delonguis, A. (1986). "Appraisal, coping, health status and psychological symptoms". *Journal of personality and social psychology*, 50 (3), 571-9. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3701593?ordinalpos=22&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

Guyton, A & Hall, J. (2011). *Tratado de fisiología médica*. España. Elsevier

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C & Baptista Lucio, P. *Metodología de la Investigación 2008*. La Habana: Feliz Varela, 475

Huitrón Cervantes, G; Ríos Martínez, B & Rodríguez, R. (2009). *Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas*. Archivos de Cardiología de México. 79 (4) Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402009000400006

Laham, M (2007). La Psicocardiología en el Tratamiento de la Persona Coronaria. En *Federación Argentina de Cardiología, 5to congreso Internacional de cardiología por internet*. Instituto de Psicocardiología, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c031e/lahamm.pdf>

Laham, M (2009). El tratamiento Psicocardiologico. En *Federación Argentina de Cardiología, 6to congreso Internacional de cardiología por internet*. Instituto de Psicocardiología, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/6cvc/llave/c283/lahamm.pdf>

Lazarus, R (2000) *Estrés y Emocion*. España. Editorial Desclée de Brouwer.

Lazarus, R & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España. Ediciones Martinez Roca S.A.

Montero, I (2011). *Apoyo social y afrontamiento en la enfermedad cardiaca*. Tesis de licenciatura para obtener el título de psicóloga. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/13346/1/T31110.pdf>

Oblitas Guadalupe, L. A. y otros. (2004). *"Psicología de la salud y calidad de vida"*. México: Editorial Thompson.

Rodríguez Fernández, M. I. (2006). *"Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico"*. Tesis doctoral para obtener el título de Psiquiatra, Facultad de Medicina, Departamento de psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Rueda, B & Valls Lazaro, E (2013). *Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular*. 109. Boletín de psicología. España

Sanchez Ureña & Ureña Bonilla (2011) *Complejo ira – hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular*. Revista Costarricense de Cardiología. 13 (1). Escuela de Ciencias del Deporte de la Universidad Nacional. Universidad Nacional. Costa Rica Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422011000100003

Sierra, J & Virgilio Ortega, I (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal Estar e Subjetividade. Brasil. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

Zoilo, E (2011). *Ansiedad y enfermedad cardíaca coronaria. Una estrecha relación*. Revista de Psicología y Humanidades 3 (1). España. Recuperado de <http://www.eepsys.com/es/ansiedad-enfermedad-cardiaca-coronaria-una-estrecha-relacion/>

VII.ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

Hospital Italiano

Consentimiento Informado

Mendoza, Argentina, a ___ de _____ del 2016.

Por medio de la presente, hago constar por mi propio derecho, que estoy de acuerdo de formar parte del proyecto de investigación correspondiente a la tesis de grado acerca de *“Síntomas de Ansiedad y Afrontamiento en pacientes cardiacos”*. La misma corresponde a María Macarena Furnari, y se encuentra a cargo de a Lic. Noelia Centeno y del Lic. Arturo Piraces. Mi participación va a ser previa a someterme al procedimiento. De la evaluación que se realice, la información proporcionada y recabada por la tesista es absolutamente confidencial y anónima, de igual forma, el uso de la misma será sólo con fines de investigación, así como los fines estrictamente académicos. Declaro también, que mi participación es voluntaria.

He tenido la oportunidad de leer esta declaración de consentimiento informado, he escuchado la información, los objetivos generales, y fin de la investigación. Declaro que mis preguntas previas acerca del servicio han sido respondidas satisfactoriamente. Y acepto participar en la investigación.

Firma:

Anexo 2: Entrevista semi dirigida sociodemográfica y medica

ENTREVISTA

Edad

Sexo

Vida familiar:

Estado civil

¿Con quién vive?

¿Cantidad de hijos?

Vida laboral

Estudios:

Profesión:

Puesto que ocupa:

Historial de la enfermedad coronaria

¿Qué enfermedad coronaria padece?

¿Hace cuánto tiempo?

¿Qué síntomas coronarios tiene?

¿Es la primera intervención?

Si es no:

- ¿Cuándo fue la primera?
- ¿Qué edad tenía?
- ¿Cuántas intervenciones se le han realizado?
- ¿Cuáles?

¿Cuál fue el primer síntoma?

¿Dónde lo sintió? ¿Qué estaba realizando? (Trabajando, de vacaciones, estando en su casa, realizando alguna actividad recreativa)

Anexo 3: BAI

BAI

Identificación **Fecha**

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Temblor de piernas				
4. Incapacidad de relajarse				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareo o aturdimiento				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9. Terrores				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblores de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Sobresaltos				
18. Molestias digestivas o abdominales				
19. Palidez				
20. Rubor facial				
21. Sudoración (no debida al calor)				

TOTAL:

Anexo 4: CAE

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre.....Edad.....Sexo.....

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [*aproximadamente durante el pasado año*).

0 Nunca- 1 Pocas veces -2 A veces- 3 Frecuentemente - 4 Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente 0 1 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal 0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema 0 1 2 3 4
4. Descargué mi mal humor con los demás 0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas 0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía 0 1 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia 0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados 0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas 0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema 0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas 0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema 0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) 0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo 0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema 0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás 0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás 0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema 0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema 0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes 0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas 0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema 0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal 0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación 0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas 0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema 0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir 0 1 2 3 4
35. Recé 0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema 0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran 0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor 0 1 2 3 4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos 0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo 0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos 0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar 0 1 2 3 4