

Factores psicológicos de riesgo a la salud en pacientes con cardiopatía

¹Georgina Daniela Zepeda Goncen*, ¹Rozzana Sánchez Aragón

¹Universidad Nacional Autónoma de México

*Contacto: gdanielazgoncen@hotmail.com

Resumen: La cardiopatía requiere un abordaje multidisciplinario en el que resultan muy importantes las variables de riesgo psicológicas, pues inciden significativamente en el pronóstico y recuperación del paciente. Desde este argumento, los objetivos de esta investigación fueron conocer la relación y explorar los efectos entre el descontrol, percepción de amenaza, sentimientos de vacío y añoranza y experiencias emocionales negativas y la salud de las personas con cardiopatías. Se trabajó con 216 participantes adultos diagnosticados con Cardiopatía, residentes de la Ciudad de México, quienes respondieron de forma voluntaria y confidencial la Escala de Estrés, Indicadores de Percepción de reto vs amenaza, Escala de Soledad, Escala de Experiencias Emocionales y la Encuesta de Salud SF-36. Se destaca de los resultados que, en la medida en que estos pacientes sienten descontrol, se relaciona con afectaciones en todos los factores evaluados de salud y tal como la teoría lo sugiere, este descontrol además se asocia con la precipitación de la frecuencia de episodios isquémicos y mayor presión arterial. Por otra parte, experimentar emociones negativas será un predictor para que estos pacientes sientan menos vitalidad y energía, produciendo, como otros hallazgos apuntan, mayor dificultad para adaptarse a las medidas y cuidados necesarios para sobrellevar la enfermedad.

Palabras Clave: Vestibulum, pellentesque, felis, volutpat, ipsum

Abstract: Heart disease requires a multidisciplinary approach in which psychological risk variables are very important, since they significantly affect the prognosis and recovery of the patient. From this argument, the objectives of this research were to know the relationship and explore the effects between lack of control, perception of threat, feelings of emptiness and longing, and negative emotional experiences and the health of people with heart disease. We worked with 216 adult participants diagnosed with heart disease, residents of Mexico City, who voluntarily and confidentially responded to the Stress Scale, Challenge vs. Threat Perception Indicators, Loneliness Scale, Emotional Experiences Scale and the Health Survey SF-36. It stands out from the results that, to the extent that these patients feel lack of control, it is related to affectations in all the health factors evaluated and, as the theory suggests, this lack of control is also associated with the precipitation of the frequency of ischemic episodes and higher blood pressure. On the other hand, experiencing negative emotions will be a predictor for these patients to feel less vitality and energy, producing, as other findings point out, greater difficulty in adapting to the measures and care necessary to cope with the disease.

Keywords: Vestibulum, pellentesque, felis, volutpat, ipsum

Las enfermedades cardiovasculares (en esta investigación se usará la palabra cardiopatía, enfermedad cardíaca o enfermedad cardiovascular para referirse a todos estos tipos de padecimientos del corazón y sus válvulas) son el problema de salud más extendido y costoso del mundo industrializado (Tuckey et al., 2010), son la causa principal de muerte a nivel mundial (OMS, 2003), además de causar pérdida de la calidad de vida, limitaciones en las actividades de trabajo y recreación del paciente, causando impactos económicos e interaccionales en su familia (González Carvalho et al., 2016).

Cuando se habla de enfermedades cardíacas, se hace referencia a una serie de padecimientos entre los que se incluye la hipertensión, angina de pecho, infarto al miocardio, taquicardia, arritmias cardíacas episódicas, enfermedad de Raynaud, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática y congénita, trombosis venosas profundas, embolias –entre otras–; mismas que requieren de un abordaje multidisciplinario en su tratamiento, debido a la presencia de diversos factores en su origen y evolución. Por tanto, es de especial interés el estudio de las variables de riesgo de orden psicológico que entran en juego, pues estos factores repercuten en los diferentes padecimientos cardíacos, representando una amenaza con el mismo riesgo de magnitud asociado a otros como la presión sistólica, el consumo de tabaco o el nivel de colesterol en la sangre (Rodríguez Rodríguez, 2012).

Orozco Gómez y Castiblanco Orozco (2015) señalan que, este padecimiento se puede clasificar dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, debido a que se prolongan en el tiempo, no tienen cura y no se conoce un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro. Se trata de una enfermedad que no se resuelve espontáneamente, conlleva cambios mayores en muchos aspectos de la vida de la persona, alterando sus rutinas y actividades cotidianas, por lo que requiere de gran ajuste y apoyo familiar, social y laboral.

Estas mismas autoras mencionan que, en conjunto, todos los cambios que trae consigo esta enfermedad generan gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente, que inevitablemente implica aprender a vivir toda la vida con dicha enfermedad, misma que interferirá con factores tales como el dolor, la fatiga y en distintas medidas, la discapacidad, así como los efectos secundarios de los medicamentos que pueden influir sobre el bienestar subjetivo. Asimismo, explican que, con la presencia de la cardiopatía cambiará la dinámica familiar, pues aumentan las tensiones en la interacción con la pareja y los hijos ante la presencia continua de síntomas, condiciones emocionales, dependencia, disminución de productividad, entre otras.

Considerando esto, la rehabilitación cardíaca debe tener como fin primordial que estos pacientes vuelvan a encontrar un lugar lo más normal posible en la sociedad, lo que supone invariablemente y –como ya se

mencionó—, la consideración de los factores de riesgo psicológicos y las consecuencias sociales que conlleva la enfermedad, puesto que estas inciden de forma significativa en el pronóstico, recuperación y reincorporación del paciente a una vida satisfactoria (Dimsdale, 2008).

Así se debe entender que, sufrir un evento cardiovascular, favorece la aparición de reacciones de ansiedad, irritabilidad y estado de ánimo depresivo, y supone, tras el alta hospitalaria, una fase especialmente crítica, pues se manifiesta la actitud psicológica que el paciente adoptará frente a su enfermedad. A este replanteamiento de toda la organización existencial, se suma la dificultad para la reincorporación laboral, cambios en las relaciones familiares y en actividades sociales y de ocio, presencia de síntomas somáticos funcionales, cambios en la actividad sexual, cuadros de ansiedad producidos por la falta de control y el miedo a padecer un nuevo evento cardíaco o morir por esta razón, preocupación por la salud, la invalidez e incertidumbre acerca del futuro, irritabilidad y culpa por la conducta premórbida, así como cogniciones disfuncionales y erróneas sobre la enfermedad y sus consecuencias (Dimsdale, 2008).

Todos estos pensamientos, concepciones y percepciones que tienen la potencialidad de causar daños físicos, psíquicos o sociales, se consideran factores de riesgo (Rosario Hernández, et al., 2014). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), ha definido como factor de riesgo a cualquier

rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Estos tienen una fuerte relevancia por la elevada incidencia en la población y las complicaciones que conllevan.

Específicamente, el Texas Heart Institute (2007) define a los factores de riesgo cardiovascular como aquellos que contribuyen a aumentar la probabilidad de que suceda un evento cardíaco adverso y tienen un efecto acumulativo, aditivo y progresivo respecto al riesgo de padecer enfermedad cardíaca.

Así, cuando se habla de cardiopatías, los factores de riesgo configuran un amplio repertorio, del cual, los factores tradicionales o fisiológicos solo explican el 50% de la varianza en cuanto a sufrir enfermedad cardíaca. El resto se trata de factores psicosociales que interactúan con el medio del individuo (Varela Montero, 2011) de los que destaca el estrés y sus manifestaciones. Específicamente, la impresión de falta de control sobre la propia vida y la percepción de las situaciones potencialmente estresantes como una amenaza, producida por sentir que no se cuenta con los recursos, capacidades y medios para enfrentar las demandas del momento (Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón, 2019).

Por lo tanto, el sentir descontrol configura una serie de emociones y cogniciones complejas que generan miedo y ansiedad por los peligros o amenazas y la incapacidad de controlarlas, representando un patrón desadaptativo, pues no permite un mejor

afrontamiento de la situación. Por consiguiente, una peor adaptación que se convierte en una fuente de malestar constante para el individuo (Cuartas Murillo et al., 2008) impactando en el ajuste psicológico a la enfermedad y vinculándose con un mayor número de problemas cardíacos (Valls y Rueda, 2013); tales como desarrollo de arteriosclerosis coronaria, incremento de la masa del ventrículo izquierdo, calcificaciones coronarias y es un disparador de infarto isquémico del miocardio, arritmia maligna y muerte cardíaca súbita (Cuartas Murillo et al., 2008).

Por su parte, Ruiz Mori (2014) señala que este temor a la incertidumbre y descontrol que supone el sentirse enfermo, muchas veces de forma súbita, así como el hecho de no saber cómo evolucionará su enfermedad y qué consecuencias conllevará, especialmente el temor sobre perder su vida, genera que se estimule el sistema nervioso autónomo y que se sobrecargue el sistema cardiovascular.

La respuesta del estrés que produce el descontrol también genera la elevación de cortisol y activación del sistema nervioso simpático, con el incremento subsiguiente de citoquinas proinflamatorias y supresión de la actividad gonadotrópica y somatotrópica, así como la activación del eje renina-angiotensina-aldosterona, que es promotor de la hipertensión arterial (Plá Vidal y Salvador Rodríguez, 2006). Asimismo, se aumentará la liberación de hormonas, principalmente adrenalina, la frecuencia cardíaca, presión arterial y necesidad

de oxígeno al corazón, pudiendo ocasionar una angina de pecho. Con estas subidas de presión arterial se pueden producir, por un lado, daños a la capa interior de las arterias, mismas que cuando se cicatrizan, pueden endurecerse y facilitar la acumulación de placa trombótica y por otro, la concentración de factores de coagulación en sangre que aumentan el riesgo de la formación de coágulos que lleven a ataques al corazón (Varela Montero, 2011). Percibir como una amenaza las situaciones estresantes se ha llegado a relacionar con el desgaste de los tejidos y los órganos del cuerpo como resultado de una hiperactividad o actividad desregulada del sistema de estrés crónico que supone un riesgo para la salud física y mental. Lo anterior puede llegar a manifestarse en síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor en la zona dorsal y cervical de la columna vertebral, insomnio, falta de concentración, entre otros (Rosario Hernández et al., 2014).

Por su parte, Orozco Gómez y Castiblanco Orozco (2015) señalan que, dentro de las principales afectaciones psicológicas que se derivan de esta enfermedad, se encuentran la incertidumbre por no poder controlar los síntomas de la enfermedad, misma que le lleva a otras consecuencias negativas como tener dificultades y resistencias para hacer planes e incapacidad para trabajar, disminuyendo el estado funcional y la calidad de vida de los pacientes.

Contrario a este estilo, las personas que muestran control se caracterizan por ser

resilientes ante la adversidad, misma que puede estar relacionada al estilo de vida, como por ejemplo, el hábito de ejercitarse físicamente, consumir una dieta nutritiva y balanceada, poseer un índice de masa corporal adecuado, tener mejor soporte social y evitar conductas nocivas como el tabaquismo, por lo que el estilo opuesto, el descontrol, incluye menor motivación para resolver problemas y mantener el equilibrio para seguir adelante de forma positiva, también puede traducirse en el aumento del riesgo a desarrollar coronariopatías (González Carvalho, et al., 2016).

Desde un modelo cognitivo, este patrón es explicado desde formas de pensamiento inadecuadas que han sido aprendidas y que llevan al sujeto a realizar filtros seleccionando preferiblemente información amenazante, tanto a nivel de su memoria, como en la percepción de estímulos del ambiente, interpretando de manera errónea la información y convirtiéndola en una señal peligrosa o produciendo pensamientos automáticos de amenaza e indefensión (Oblitas, 2006). En palabras de Lazarus y Folkman (1986) esta tendencia de percibir el estrés como una amenaza se explica como una respuesta del individuo al interpretar los estímulos como graves o que sobrepasan sus propios recursos para afrontarlos, así como cuando colocan en peligro su propio bienestar y equilibrio, de tal forma que se tiene que no son los acontecimientos en sí los que producen estrés, sino que son las interpretaciones y valoraciones que cada persona hace lo que lo genera.

Siguiendo la línea de análisis de estos autores, la constante evaluación cognitiva configura el proceso de percibir el estrés como una amenaza en la medida en la que la persona valora constantemente cada situación y la interpreta relacionándola con su propio bienestar.

La ansiedad que se deriva de este tipo de percepciones puede aumentar el riesgo de morbilidad, retardar el alta hospitalaria, promover nuevos reinternos, dificultar la promoción del autocuidado y la adopción de cambios necesarios para modificar positivamente el estilo de vida (González Carvalho et al., 2016).

Otro factor de riesgo sumamente importante para la salud de las personas con cardiopatía es el hecho de experimentar sentimientos de vacío con respecto a la red social de apoyo, pues se ha relacionado con la disminución de la esperanza de vida y el aumento de las posibles complicaciones como el desarrollo de arritmias cardíacas. Esto es porque la compañía y cercanía de gente de confianza al atravesar por momentos difíciles –propios de la enfermedad– favorece la recuperación y reduce los tiempos de hospitalización, permitiendo la retroalimentación que favorece conductas sanas, funciona como un controlador de la salud, y estimula la corrección de hábitos nocivos, la consulta de profesionales de la salud y las prácticas de autocuidado (Varela Montero, 2011).

En ese sentido, que las personas

presenten sentimientos de vacío por no percibir que cuentan con una red de apoyo sólida y deseen que sea mayor la cercanía, interacción y preocupación de parte de su familia, configurará un factor negativo por la soledad que se desprende de este constructo (Granillo Velasco y Sánchez Aragón, 2019), pues se ha evidenciado que funge como intermediaria en marcadores fisiopatológicos de las enfermedades cardíacas (Cuartas Murillo et al., 2008). Con relación en lo anterior, Rodríguez Rodríguez (2012) encontró que, las áreas más afectadas en la vida de los cardiopatas son la esfera familiar (41.2%), laboral (37.1%) y social (32%), lo que podría explicar porque es común que estos pacientes sientan soledad expresada en sentimientos de vacío y añoranza.

El hecho de que las personas hagan una descripción y evaluación tan negativa de la disposición y disponibilidad de recursos de apoyo social los lleva a sentir que no disponen de compañía, de personas de confianza de las que pueda obtener ayuda en caso de necesitarla, lazos sociales estables, contacto social significativo, entre otros, trayendo consecuencias e implicaciones para la salud, en términos de dificultades en la recuperación, nula promoción de conductas saludables y ser una fuente de ansiedad que tenga impacto directo en la salud por vías fisiológicas, por ejemplo, neuronales, hormonales, inmunológicas, hemodinámicas, etcétera (Cuartas Murillo et al., 2008).

De hecho, las vulnerabilidades cognitivas específicas de sentir añoranza por tener a alguien

con quien compartir la vida (Granillo Velasco y Sánchez Aragón, 2019) llevan al individuo a tener insatisfacción, baja autoestima, desesperanza, mayor sensibilidad a las críticas de otros, evaluaciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, mayor preocupación por la forma en la que los otros los perciben y los juzgan, sentirse solitarios, tristes, tímidos, incapaces de realizar sus tareas y de obtener placer por cosas que antes sí lo hacían, configurando un facilitador importante de riesgo, favoreciendo la inflamación sistémica y arterioesclerosis (González Carvalho, et al., 2016). Por todo lo anterior, hay que mencionar que el cuidado del enfermo crónico es poco gratificante y puede conllevar afectaciones hacia las relaciones interpersonales, donde el propio retraimiento social del paciente puede contribuir al deterioro de su red de apoyo, y, sobre todo, de su percepción de vacío.

A lo anterior, Valls y Rueda (2013) añaden que, tener un deseo insatisfecho producido por el aislamiento social se ha asociado con una disminución de la salud cardiovascular y del bienestar psicológico de los pacientes, incidiendo además en el aumento de la activación del sistema nervioso autónomo y en un estilo de vida insano. Desde su planteamiento, Belloch, Sandin y Ramos (1995) señalan que, la ausencia de relaciones íntimas representa un factor de riesgo en sí mismo por el hecho de que puede conducir a la persona a padecer trastornos como la depresión, aun cuando no haya presente un suceso negativo o

estresante, sin embargo, el hecho de tener esta percepción al atravesar por una enfermedad como la cardiopatía, empeora considerablemente este factor. Así se tiene que, percibir falta de redes sociales está relacionado directamente con la progresión de la enfermedad en personas con cardiopatía isquémica establecida, donde específicamente la calidad de estas relaciones sociales predecirá la progresión de la enfermedad. Esto quiere decir que, el pobre apoyo y relaciones sociales que una persona percibe como disponibles o nulas constituye un factor de vulnerabilidad para estos problemas (Cuartas Murillo et al., 2008).

Por el contrario, estar satisfecho con las relaciones interpersonales cercanas y el apoyo que de éstas se desprende, tiene implicaciones fisiológicas positivas, mediadas principalmente por la hormona oxitocina, que puede disminuir los efectos del estrés y causar cambios saludables directos en el sistema inmunológico que conlleva mejoras para la salud (Cuartas Murillo et al., 2008).

Además de los factores de riesgo ya explicados, se destaca la experiencia continua de emociones negativas vinculadas en sus diferentes experiencias y expresiones, mismas que se han relacionado potencialmente con la morbilidad y mortalidad cardiovascular, mayor riesgo de padecer insuficiencia cardíaca, así como eventos coronarios (Cuartas Murillo et al., 2008).

Esta dimensión de afecto negativo hace referencia a un malestar subjetivo que representa

el factor común entre varios estados emocionales como el miedo, la ira, el disgusto y la culpa (Watson, Clark, y Stasik, 2011), por lo que, experimentar emociones negativas y sentirse deprimido puede llevar a cambios en la manera en que funcionan varios sistemas del cuerpo afectando la salud física, entre ellos, cambios en el control de los latidos del corazón y la circulación de la sangre y anomalías en el control de las hormonas del estrés (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, 2015).

La relación entre las emociones y el pronóstico de la enfermedad cardíaca está dada por la frecuencia e intensidad de estas emociones experimentadas, por lo que no se ajusta a los modelos epidemiológicos tradicionales, sino que sugiere la necesidad de ser abordados desde los modelos dimensionales de la emoción, considerando que, además, existe la tendencia específica de estos pacientes a presentar emociones negativas características de la depresión, ansiedad e ira-hostilidad de forma co-ocurrente (Lemos y Agudelo Vélez, 2018).

El vínculo entre la afectividad negativa y la cardiopatía es de estudio reciente. Al respecto se ha encontrado, que este patrón puede llevarse a considerar como un marcador previo a la arterioesclerosis. Asimismo, se ha visto una asociación entre las emociones negativas y mayores índices de presión arterial, actividad excesiva del sistema nervioso simpático e Hipotálamo-Pituitario-Adrenal, mismo que ocasiona la activación plaquetaria, exageración

de la reactividad cardiovascular e inflamación sistémica. Al mismo tiempo, el afecto negativo podría provocar mecanismos comportamentales mediante su asociación con hábitos poco saludables como el tabaquismo, el abuso de alcohol, el comportamiento sedentario y la no adherencia a las intervenciones médicas, mismas que, al volverse habituales, pueden proveer un alivio momentáneo de la emoción negativa, pero en realidad empeorar las condiciones del paciente y el afecto negativo como rasgo de la persona (Lemos y Agudelo Vélez, 2018).

Además, se ha comprobado la implicación de emociones como la ira, hostilidad, depresión, estrés emocional y ansiedad en la aparición de infartos al miocardio, pues estas emociones displacenteras se caracterizan fisiológicamente por un aumento en la activación del Sistema Nervioso Simpático, sin embargo, en la práctica cardiológica asistencial, generalmente no son contemplados a la hora de evaluar al paciente, ni al definir las estrategias de tratamiento, contraponiéndose a los supuestos del paradigma médico-social, mismo que contextualiza a la enfermedad cardiovascular tomando en cuenta los factores psicológicos y sociales (Rodríguez Rodríguez, 2012).

Aunado a esto, Rodríguez, Castro, Navarro y Bernal (2008) señala que, en el estado clínico del cardiópata, es común la experimentación constante de emociones negativas que se vinculan a su enfermedad, caracterizando su personalidad en términos de

ansiedad, tristeza, pesimismo y depresión.

También se debe considerar que, las emociones vinculadas a la aparición o complicación de las cardiopatías y otras enfermedades debe darle justo valor a la subjetividad de cada persona, pues es desde su forma de ver y sentir el mundo y sus circunstancias que se puede entender la individualidad de los procesos mórbidos con sus matices biológicos, psicológicos y sociales (Rodríguez Rodríguez, 2012).

Así, el tender a experimentar constantemente emociones negativas como la ansiedad, la ira y la hostilidad tiene efectos en la enfermedad cardiovascular que se reflejan en síntomas tales como efectos patógenos del colesterol, viscosidad sanguínea, aumento en la frecuencia cardiaca, aumento en la demanda de oxígeno miocárdico, vasoconstricción y arritmia por fibrilación ventricular, déficit neurotransmisor, mayor deshabitación de la respuesta cardiaca y reactividad cardiovascular que se ha relacionado con un mayor porcentaje de infartos, entre otros (Rodríguez Rodríguez, 2012).

El mecanismo que explica la asociación entre la depresión y sus experiencias emocionales negativas con las enfermedades cardiovasculares no está del todo claro, pero se sabe que es bidireccional y multicausal, en cuya participación se involucran varios procesos centrales y periféricos que provocan cambios en el sistema inmune, como el aumento de la agregación de plaquetas, inflamación, alteración

del ritmo cardiaco, elevación de los niveles de catecolamina y disfunción endotelial (González Carvalho et al., 2016).

Otro de los mecanismos por los cuales se ha asociado a las experiencias emocionales negativas que caracterizan la sintomatología depresiva y los eventos cardiacos y la mortalidad coronaria, es que precisamente tener estos estados de ánimo lleva a los pacientes con cardiopatía a faltar a la adhesión al tratamiento que requieren debido a su enfermedad, así como tener cambios en los estilos de vida saludables que son recomendados (Cuartas Murillo et al., 2008).

Bajo este marco y considerando que el alcance de las enfermedades cardiacas hace indispensable el quehacer psicológico profesional entorno a las mismas, los objetivos de esta investigación fueron:

- 1) Conocer la relación entre los factores de riesgo (descontrol, percepción de amenaza, sentimientos de vacío y añoranza y experiencias emocionales negativas) y la salud de las personas con cardiopatías, y
- 2) Explorar los efectos de los factores de riesgo (descontrol, percepción de amenaza, sentimientos de vacío y añoranza y experiencias emocionales negativas) en la salud de las personas con cardiopatías.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Kerlinger y Lee, 2002) conformada por 216 participantes, de los cuales 105 eran mujeres y 111 hombres voluntarios residentes de la Ciudad de México. Todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión de: ser adultos, estar médicamente diagnosticados con alguna Cardiopatía, contar con estudios mínimos de secundaria, tener una relación de pareja con alguien sano al momento de participar y que tuvieran al menos un año de relación y 6 meses de vivir juntos.

Los participantes tenían una edad que oscilaba de los 18 a los 88 años ($M=49$, $DE=12.24$). La distribución de su escolaridad era de: secundaria (25.5%), preparatoria (30.1%) y licenciatura (43.5%). El tiempo de diagnóstico de la cardiopatía que padecían iba de 1 mes a 50 años ($M=8.25$ años, $DE=8.68$ años), 190 reportaron si recibir algún tipo de tratamiento y tomar medicamentos, 20 de ellos no, mientras que 6 mencionaron no necesitar. Por otra parte, 28 reportaron que adicional a la cardiopatía, padecían diabetes y 55 de ellos alguna otra enfermedad que no fuera crónico-degenerativa. En cuanto a su estado civil, 162 participantes eran casados, 54 vivían en unión libre y tenían un tiempo de relación que iba de los 10 meses a 50 años ($M=23.12$, $DE=12.37$).

Instrumentos

Para dar cumplimiento a los objetivos de esta investigación, se aplicó una batería

compuesta por los siguientes instrumentos:

Escala de Estrés (Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón, 2019): Instrumento que evalúa la percepción que se tiene respecto al estrés experimentado, en términos de describir si se tiene control o descontrol de las situaciones que generan estrés. Está compuesto por 13 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos que indican grados de frecuencia (1= Nunca y 5= Siempre). La prueba posee un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de .823, y se divide en dos factores que explican 50.96% de la varianza y son: Descontrol ($\alpha = .777$) contiene ítems como “Ha estado triste por algo que sucedió de manera inesperada” y “Se ha sentido nervioso y estresado” y Control ($\alpha = .727$) con interrogantes como “¿Ha sentido que tenía todo bajo control?” y “¿Qué tan frecuentemente usted se ha sentido confiado acerca de su habilidad para manejar sus problemas personales?”. En este caso únicamente el factor de Descontrol fue utilizado.

Indicadores de Percepción de reto vs amenaza (Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón, 2019): Diseñados para evaluar si el participante considera situaciones potencialmente estresantes como un reto o como una amenaza. Consta de dos reactivos con formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones que indican grados de acuerdo (1= Totalmente en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo) y frecuencia (1=Nada a 5=Mucha). Estos son: Reto definido por la afirmación “Ante una situación de estrés siento que tengo los recursos, capacidades y medios

para enfrentarme con las demandas del momento” y analizado por medio de la afirmación “Ante una situación de estrés siento NO que tengo los recursos, capacidades y medios para enfrentarme con las demandas del momento”.

Escala de Soledad (DiTommaso y Spinner, 1993; Granillo Velasco y Sánchez Aragón, 2019): Instrumento diseñado para poder evaluar de forma multidimensional a la soledad desde los diferentes dominios en los que puede experimentarse, conformada por 31 reactivos en formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones que indican grados de acuerdo (1= Totalmente en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo), cuyo coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach es de .75. Posee cinco factores con valores propios mayores a 1 que explican el 52.05% de la varianza y son: Acompañamiento de la Pareja ($\alpha = .888$) con reactivos como “Tengo a alguien que cubre mis necesidades emocionales”, Acompañamiento de los Amigos ($\alpha = .862$) contiene afirmaciones como “Tengo amigos(as) con quienes puedo compartir mi punto de vista”, Acompañamiento de la Familia ($\alpha = .706$) conformada por ítems como “Realmente pertenezco a mi familia”, Sentimientos de vacío ($\alpha = .835$) ejemplo de sus ítems “”No tengo un amigo(a) que me entienda, pero me gustaría tenerlo” y Añoranza ($\alpha = .681$) con oraciones como “Me gustaría poder decirle a alguien a quien amo que lo amo”. Para esta investigación únicamente se trabajó con los dos últimos factores.

Escala de Experiencias Emocionales que forma parte de la Medición Integral del Bienestar subjetivo (Granillo Velasco, Zepeda Goncen, y Sánchez Aragón, 2019). Consta de 11 reactivos con formato de respuesta tipo Likert que indican frecuencia (1=Nunca a 5= Siempre), con un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de .873. Se divide en dos factores que explican 58.99% de la varianza, esto son: Experiencia positiva ($\alpha = .852$) con emociones como “Placer” y “Gozo” y Experiencia negativa ($\alpha = .814$) con emociones como “Tristeza” y “Miedo”. Aquí solo se usará el último factor.

Validación en México de la Encuesta de Salud SF-36 (Sánchez Aragón et al., 2017): Instrumento que evalúan aspectos de la calidad de vida y salud en adultos. Conformado por 45 preguntas que poseen cargas factoriales iguales o superiores a .40, divididas en 5 factores con valores superiores a 1 que explicaron el 65.36% de la varianza y coeficientes de confiabilidad Alpha de Cronbach de moderados a moderados altos, estos son: Rol emocional y función Social ($\alpha = .93$), que analiza problemas con el trabajo y otras actividades diarias a consecuencia de problemas emocionales, así como la frecuencia con la que los problemas físicos o emocionales interfieren con las actividades sociales y se conforma por reactivos como “¿Puso menos atención a la hora de estar realizando su trabajo o actividades cotidianas debido a algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?”, Función física ($\alpha = .94$) evalúa la extensión de las limitaciones de las

personas para llevar a cabo todas las actividades físicas y posee reactivos tales como “Que tanto su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa”, Rol físico ($\alpha = .95$) que pregunta respecto a problemas con el trabajo u otras actividades diarias que se corresponden con su malestar físico por medio de interrogantes como “¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de sus salud física?”, Dolor corporal ($\alpha = .83$), que refiere al grado de dolencia que limita las actividades realizadas diariamente, ejemplo de los ítems que conforman este factor: “¿Realiza sus actividades habituales aunque sienta dolor?” y Vitalidad ($\alpha = .76$), que evalúa la energía y sentimientos de tranquilidad, felicidad y control a través de reactivos como “¿Qué tanto tuvo mucha energía?”.

Procedimiento

Para realizar la aplicación de los instrumentos se acudió a lugares donde fuera fácil acceder a los participantes con los requerimientos de la muestra, tales como hospitales, fundaciones, albergues y asociaciones públicas y privadas, así como zonas de la ciudad que se encuentran en los alrededores de centros médicos y farmacias donde fuera posible solicitar la colaboración de los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Ya habiéndose asegurado de que las personas cumplían con dichos requisitos, se aplicó la batería de pruebas por cuatro

psicólogas con la preparación técnica y ética para conducirse con las personas, solicitar su participación voluntaria, confidencial y anónima, explicando el manejo de las respuestas que proporcionarían y el fin estadístico de sus datos.

Resultados

En primer lugar, se realizó una serie de correlaciones producto-momento de Pearson para conocer el grado de asociación entre los factores de riesgo y la salud de personas que padecen enfermedades cardíacas.

Se encontró que, en la medida en que estos pacientes han sentido descontrol, al estar tristes por algo que sucedió de manera inesperada, así como percepción de amenaza, por sentir que no tienen las capacidades para enfrentar situaciones de estrés y han experimentado emociones negativas como displacer y enojo, esto se relaciona con afectaciones a su salud en todos los factores que evalúa el instrumento empleado, es decir, en su función física, al tener mayores limitaciones para hacer esfuerzos como caminar más de una hora, en su rol físico, al hacer menos de lo que habrían querido hacer a causa de su salud física, en su rol emocional y función social, al poner menos atención al realizar sus actividades cotidianas debido a problemas emocionales, en la vitalidad que sienten, pues tenían menos energía y en grados más intensos de dolor corporal.

Cuando los cardiopatas reportan

percepción de amenaza, esto va a relacionarse con el aumento de rol físico, rol emocional y función social y dolor corporal. Lo anterior se traduce en que, en la medida en que ellos sienten que no tienen las capacidades para enfrentar situaciones de estrés, presentarán mayores dificultades para realizar actividades físicas, sentirán menos motivación para realizar actividades con su familia a causa de su estado emocional y el dolor en su cuerpo se prolongará por mayor tiempo.

Por otra parte, el hecho de que las personas con cardiopatía experimenten sentimientos de vacío al desear que su familia estuviera más preocupada por su bienestar, se relaciona con tener mayor función física, pues su salud actual les limitó más para hacer esfuerzos como caminar varias manzanas, rol físico, pues tuvieron que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo a causa de sus padecimientos físicos, rol emocional y función social, al sentirse deprimidos o nerviosos lo que les llevó a limitar sus actividades sociales como visitar a sus amigos.

Por último, en lo que respecta a las correlaciones, cuando mujeres y hombres con cardiopatía sienten añoranza, pues tienen una necesidad insatisfecha de una relación romántica cercana, se relacionará con tener más rol emocional y función social, mostrando menos interés en convivir con otras personas debido a sus problemas emocionales (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Correlación de los factores de riesgo y la salud de personas con Cardiopatías

	Función física	Rol físico	Rol emocional función social	Vitalidad	Dolor corporal
Descontrol	.268**	.293**	.436**	-.259**	.474**
Percepción de amenaza	-	.275**	.385**	-	.241**
Sentimientos de vacío	.213**	.215**	.308**	-	-
Añoranza	-	-	.187**	-	-
Experiencias emocionales negativas	.182**	.255**	.481**	-.379**	.373**

Posteriormente, para dar cumplimiento al segundo objetivo encaminado a explorar los efectos de los factores de riesgo (descontrol, percepción de amenaza, sentimientos de vacío y añoranza y experiencias emocionales negativas) en la salud de las personas con cardiopatía, se analizó una serie análisis de regresión múltiple.

Estos resultados permiten observar que, en este grupo de pacientes, experimentar descontrol al sentir que las dificultades se acumulaban tanto que no podían superarlas y sentimientos de vacío como no tener un amigo(a) que les entienda, pero desear tenerlo, producirá tener mayores afectaciones en la función física, teniendo consecuencias como mayores limitaciones para hacer esfuerzos como subir un solo piso por la escalera.

Por su parte, los factores de la salud de rol físico y dolor corporal se predicen al haber descontrol. Esto quiere decir que, cuando los cardiópatas no sienten la capacidad de

controlarlas cosas importantes de su vida, les costará más de lo normal hacer las actividades necesarias para desarrollar su trabajo a causa de su salud física y sentirán dolor en diferentes partes de su cuerpo por periodos de tiempo más prolongados.

En cuanto al factor de rol emocional y función social, éste es influido por la presencia de descontrol y percepción de amenaza. Lo anterior se traduce en que, cuando aquellos que tienen enfermedad cardiovascular se sienten nerviosos y estresados y se perciben incapaces de enfrentarse con las demandas de situaciones de estrés por no contar con los medios necesarios, se sentirán menos motivados para realizar actividades familiares y sociales.

Finalmente, experimentar menos vitalidad y energía, será predicho por enfrentar en mayor medida experiencias emocionales negativas, tales como sentirse tristes, negativos y con miedo (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Análisis de regresión entre los factores de riesgo y la salud de personas con Cardiopatías

VI	β	p	R ²
VD Función física			
Descontrol	.242	.012	.107
Sentimientos de vacío	.245	.019	-
VD Rol físico			
Descontrol	.268	.004	.139
VD Rol emocional función social			
Descontrol	.292	.000	.337
Percepción de amenaza	.178	.018	-
VD Vitalidad			
Experiencias emocionales negativas	-.203	.045	.139
VD Dolor corporal			
Descontrol	.272	.003	.167

Discusión

Los primeros resultados de la presente investigación obedecieron al objetivo de conocer la relación entre los factores de riesgo y la salud de personas que padecen enfermedades cardíacas. En ese sentido, dos de las variables medidas correlacionaron de forma positiva y significativa con los factores de función física, rol físico, rol emocional y función social y dolor corporal y de forma negativa con el factor vitalidad.

El descontrol, mismo que genera ansiedad como modalidad de respuesta emocional ante la incertidumbre y se relaciona con la precipitación de la frecuencia de episodios isquémicos y mayor respuesta de presión arterial y frecuencia cardíaca ante las emociones percibidas a lo largo del día y una vez que se ha producido un evento coronario, la misma ansiedad en el paciente incrementa el riesgo de isquemias y arritmias (Esquivel Molina, et al., 2009).

Asimismo, cuando ocurren hospitalizaciones se produce temor, estrés y ansiedad por el descontrol y la intensidad de la situación, produciendo fuerte actividad simpática, misma que es contraproducente para el paciente cardíopata, tanto en su pronóstico al regresar a casa y hacer sus quehaceres cotidianos, como en cirugías y su recuperación posquirúrgica que no le permitirá realizar esfuerzos físicos como lo hacía habitualmente, prediciendo un estado de la calidad de vida más pobre en el siguiente año del evento coronario (Colucci y Braunwald, 2006).

En segundo lugar, en lo que refiere a la afectación global de la salud por parte de las experiencias emocionales negativas, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2015) señala que, posterior al diagnóstico y durante el curso y tratamiento de una enfermedad crónica como lo son las cardiopatías, es frecuente el aumento en los sentimientos de tristeza y desaliento, provocadas por las reacciones directas de la enfermedad y el

afrontamiento a las nuevas limitaciones producidas por la cardiopatía, como por ejemplo, dificultar la realización de las actividades preferidas, como salir de excursión, trabajar en el jardín, disfrutar del trabajo, del tiempo libre, la familia y amigos.

En lo que respecta a la correlación entre la percepción de amenaza y el aumento de rol físico, rol emocional y función social y dolor corporal, se debe considerar que, a pesar de que el estrés es una respuesta adaptativa y fundamental para la supervivencia de las personas, cuando fallan los mecanismos de afrontamiento adecuados, como ocurre cuando las personas perciben la situación estresora como una amenaza debido a no sentirse capaces de enfrentarla, se rompen los mecanismos de equilibrio neuro-hormonales y sobreviene con ello una amplia gama de respuestas fisiológicas y psicológicas que repercuten en la calidad de vida de los individuos con cardiopatías, en donde las complicaciones físicas pueden producir que las actividades que antes se realizaban con normalidad, ahora representen un problema (Dimsdale, 2008).

Por otra parte, el hecho de que las personas con cardiopatía experimenten sentimientos de vacío se relaciona únicamente con tener mayor función física, rol físico, rol emocional y función social y menor vitalidad, esto se debe a que, los sentimientos que se generan a partir de percibir que se no se tiene apoyo producen estados depresivos que inducen a la vida sedentaria, además de favorecer la

hipofunción de los barorreceptores, reduciendo la capacidad cardiovascular de amortiguar la presión arterial, haciendo a estos pacientes más propensos a taquicardias ventriculares, arritmias y fibrilación fatal, trayendo como consecuencia la afectación de sus capacidades físicas, mayor cansancio y peor condición física que facilita subsecuentes infartos y mayor riesgo de mortalidad (Glassman, Bigger, y Gaffney, 2009).

Con respecto a la correlación entre la añoranza y el rol emocional y función social, esta se explica debido a que los pacientes que desean contar con una red de apoyo, como familia, amigos o pareja, presentan menor adherencia terapéutica que los que si la tienen, lo que implica que el cumplimiento de su terapia cardioprotectora, antiagregantes y vasodilatadores, se vea disminuida junto con sus ganas de realizar actividades sociales, pues perciben que carecen de lazos sociales estables (Cuartas Murillo, et al., 2008).

En lo que respecta a los hallazgos para conocer cuáles de los factores de riesgo predicen afectaciones en la salud de las personas con cardiopatía, se encontró que, el descontrol y los sentimientos de vacío afectarán a la función física. Esto por un lado se explica debido a que, la tensión emocional que se experimenta al sentir que no se tiene control sobre las situaciones adversas, afecta al sistema nervioso simpático, aumenta la frecuencia cardiaca, la necesidad de oxígeno del miocardio como consecuencia de las alteraciones hemodinámicas, hace más drástico

el déficit irrigatorio y con ello, se dificulta el día a día de los cardiópatas (Ahmadi, Hajsadeghi, y Ebrahimi, 2011). Así mismo, tener sentimientos de vacío producidos por la carencia de relaciones de apoyo hará más lenta su recuperación y ampliará los tiempos de hospitalización, impidiéndoles tener el mismo grado de independencia y motivación (Varela Montero, 2011) haciendo más difícil la realización de sus actividades a causa de su estado de salud físico.

El rol físico y dolor corporal se predicen al haber descontrol, esto debido a que, la pérdida de dominio de las condiciones de vida produce pesimismo, miedo a la muerte, angustia y depresión, especialmente posterior a procedimientos invasivos como la cirugía cardíaca o la implantación de marcapasos, produciendo mayores afectaciones en su recuperación, mismas que le pueden llevar a poder realizar menos actividades que requieran fuerza física (Dimsdale, 2008) y que estas se caractericen por el dolor, la fatiga e incluso la incapacidad para realizarlas (Orozco Gómez y Castiblanco Orozco, 2015).

En contraste al resultado antes discutido, el dolor corporal también ha sido estrechamente relacionado con otras variables evaluadas en el presente estudio, tales como la añoranza y las experiencias emocionales negativas, sin embargo, no fueron predictivas en los resultados de las regresiones aquí expuestas. Prueba de lo anterior son los resultados de Roditi y Robinson (2011), quienes encontraron que, el dolor es un componente común e importante en este tipo de

enfermedades crónicas y lo relacionan con aspectos psicológicos tales como la angustia, la ira, la irritabilidad, desesperanza, cogniciones catastróficas, y percepción de falta de apoyo social.

El rol emocional y función social son influidos por la presencia de descontrol, esto desde la investigación psico-neuro-inmunológica explica por qué el estrés psicosocial y ocupacional que surgen de perder el control del devenir de la vida se ha relacionado estrechamente con los riesgos de la enfermedad cardiovascular debido al vínculo que se establece entre el sistema nervioso, el sistema cardiovascular, las respuestas autónomas, endócrinas y somáticas que dependen de regiones subcorticales del sistema nervioso como la amígdala, el tronco cerebral y el hipotálamo y que repercuten en el estado de ánimo del paciente (Colucci y Braunwald, 2006).

El resultado que corresponde a que rol emocional y la función social se predicen con la percepción de amenaza, es de considerarse en el seguimiento de la enfermedad ya que como menciona Rodríguez Rodríguez (2012) es necesario apuntar en el manejo y enfrentamiento de la enfermedad como una amenaza, pues el estrés producido por este tipo de percepciones requiere de una labor terapéutica adecuada que no se desvincule de la subjetividad del paciente y el cuadro interno del padecimiento, incluyendo la consideración de sus problemas particulares, sus conflictos y vivencias, puesto que todas estas

entorpecen y frenan su recuperación, tanto en el establecimiento de la cronicidad del cuadro y el cuidado apropiado -que solo se logran con la cooperación y la no resistencia al tratamiento de parte del paciente-, así como en las afectaciones sociales que trae consigo para el paciente en la forma en que se desarrolla en sus relaciones interpersonales posterior a la enfermedad.

Finalmente, experimentar menos vitalidad será predicho por tener mayores experiencias emocionales negativas y, aunque es de esperarse el paciente experimente de forma temporal sentimientos de tristeza y cansancio posterior al diagnóstico, se debe prestar atención, pues si continúan por varias semanas y acompañados de otros síntomas o emociones negativas, podría tratarse de una depresión, que conlleva consecuencias importantes como la mayor dificultad para adaptarse a las medidas y cuidados necesarios para sobrellevar la enfermedad (Esquivel Molina, et al., 2009)

Los hallazgos de este tipo de estudios apelan a la necesidad de crear una concientización, no solo en la comunidad médica especializada, sino también en los pacientes y familias con estas enfermedades y en la población en general, para que no se desestime el papel de los factores de índole subjetiva a la hora de prevenir, diagnosticar y tratar cualquier enfermedad cardiaca (Rodríguez Rodríguez, 2012).

Referencias

- Ahmadi, N., Hajsadeghi, F. y Ebrahimi, R. (2011). Post-traumatic stress disorder, coronary atherosclerosis, and mortality. *American Journal of Cardiology*, 108(1), 437-450. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.02.340>.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología Volumen 2*. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España. ISBN: 978-84-481-5606-0.
- Colucci, W.S. y Braunwald, E. (2006). Fisiopatología de la insuficiencia cardiaca. En Braunwald, E., Douglas, Z., y Libby, P. [Eds.] (614-651). *El libro de la medicina cardiovascular 7º Edición*. Madrid: Elsevier. ISBN: 9788491133988.
- Cuartas Murillo, V., Loreto García, E.V., Lemos Hoyos, M., Arango Lasprilla, J.V., y Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES Psicología*, 1(2), 1-22. Disponible en <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423540422003>>.
- Dimsdale, J.E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *J AM Coll Cardiol*, 51(13), 1237-1246. DOI: [10.1016 / j.jacc.2007.12.024](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024).
- Esquivel Molina, C.G., Gámez Castillo, J.A., Villa Hernández, F., García Espino, F.A., Martínez Mendoza, J.A., Aguirre Galindo, B. y Velasco Rodríguez, V.M. (2009). Ansiedad y depresión en Síndrome Coronario Agudo. *Medicrit Revista de Medicina Interna y Crítica*, 6(1), 18-23. DOI: [10.5413/mrmc.2009.61.112](https://doi.org/10.5413/mrmc.2009.61.112).
- Flórez Rodríguez, Y. N. y Sánchez Aragón, R. (2019, mayo). Midiendo el Estrés y la Rumia: Su percepción de Reto vs Amenaza. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. En proceso de evaluación.
- Glassman, A., Bigger, T. y Gaffney, M. (2009). Gravedad de la depresión y mortalidad

- coronaria. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1022-1029. DOI: 10.1001/archpsyc.63.3.283.
- González Carvalho, I., Dos Santos Betolli, E., Paiva, L., Aparecida Rossi, L., Spadoti Dantas, R.A., Alcalá Pompeo, D. (2016). Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10. DOI: 10.1590/1518-8345.1405.2836.
- Granillo Velasco, A.D, Zepeda Goncen, G.A. y Sánchez Aragón, R. (2019, mayo). Validación en México de la Medición Integral del Bienestar subjetivo. *Acta de Investigación Psicológica*. En proceso de Evaluación.
- Granillo Velasco, L. F. y Sánchez Aragón, R. (2019, mayo). Evaluando la Soledad en la pareja y su relación con el apego. *Revista Ciencia UAT*. En proceso de Evaluación.
- Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2015). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: Bethesda. Disponible en <<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>>.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales (4º Ed.)*. Ciudad de México: McGraw-Hill. ISBN: 9789701030707.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. ISBN: 84-270-1013-3.
- Lemos, M. y Agudelo Vélez, D.M. (2018). El efecto negativo como factor emocional de orden superior en pacientes cardiovasculares. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 67-77. ISBN: 84-270-1013-3. DOI: 10.14718/ACP.2018.21.2.4.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida 2ª Edición*. Ciudad de México: International Thomson Editores. ISBN: 978-607-526-289-5.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013*: Luxemburgo. Disponible en <<https://www.who.int/whr/es/>>.
- Orozco Gómez, A.M. y Castiblanco Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. DOI: 10.15446/rcp.v24n1.42949.
- Plá Vidal, J. y Salvador Rodríguez, J. (2006). *Aspectos Psicológicos en las enfermedades Cardiovasculares*. Madrid: Sociedad Española de Cardiopatía. ISBN: 84-88336-56-X.
- Roditi, D. y Robinson, M. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41-49. DOI: 10.2147 / PRBM.S15375.
- Rodríguez Rodríguez, T. (2012). Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Revista Finlay de Enfermedades No Transmisibles*, 2(3), 1-12. Disponible en: <<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132>>.
- Rodríguez, T., Castro, C.J., Navarro, J.J. y Bernal, J.L. (2008). Control elemental de las emociones a través de técnicas de relajación en pacientes con infarto agudo del miocardio con riesgo vital. *Psicología Científica*, 1(5), 340-345. https://www.researchgate.net/publication/255621750_Control_elemental_de_las_emoci

ones a través de técnicas de relajación en pacientes con infarto agudo del miocardio con riesgo vital>.

- Rosario Hernández, E., Rovira Millán, L.V., Rodríguez Irizarry, A., Rivera Alicea, B.E., Fernández López, L.N., López Miranda, R.S., Segarra Colondres, C., Torres Hernández, J.A., Burgos González, M.Z., González Echeverría, A., Ortiz Blanco, M.A., Padilla Santiago, M.K., y Torres García, N. (2014). La salud cardiovascular y su relación con los factores de riesgo psicosociales en una muestra de personas empleadas en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 98-116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4896059>>.
- Ruiz Mori, E. (2014). *Riesgo y prevención Cardiovascular*. Lima: Impresión Unigraph S.R.L. ISBN: 978-612-00-1509-4.
- Sánchez Aragón, R., García Meraz, M., y Martínez Trujillo, B. D. (2017). Validación en tres contextos culturales de México de la Encuesta de Salud SF-36. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 45(3), 5-16. DOI: 10.21865/RIDEP45.3.01.
- Surtees, P.G., Wainwright, N.W., Luben, R.N., Wareham, N.J., Bingham, S.A. y Khaw, K.T. (2008). Depression and ischemic heart disease mortality: Evidence from the EOC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Annual Journal of Psychiatry*, 165(4), 515-523. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07061018.
- Texas Heart Institute (2007). *Factores de riesgo cardiovascular*. Texas: Scientific Publications y Learning Resources Center. Disponible en <<https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>>.
- Tuckey, M.R., Dollard, M.F., Saebel, J., y Berry, N.M. (2010). Negative workplace behavior: Temporal associations with cardiovascular outcomes and psychological health problems in Australian police. *Stress and Health*, 26, 372-381. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.1306>.
- Valls, E. y Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, 109, 51-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4495293>>.
- Varela Montero, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca*. (Tesis doctoral no publicada). Madrid: Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/13346/>>.
- Watson, D., Clark, L.A., y Stasik, S. (2011). Emotions and the emotional disorders: A quantitative hierarchical perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 429-442. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33719289001.pdf>>.

Recibido: junio, 2020 • Aceptado: septiembre, 2020