



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

TUTORA:

MARIEMMA ANTOR

AUTORA:

ORIDADNA BARRIOS

CARACAS, JULIO 2019



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

TUTORA:

MARIEMMA ANTOR¹

AUTOR:

ORADNA BARRIOS²

CARACAS, JULIO 2019

¹ Mariemma Antor, Departamento Metodológico, Cátedra de Psicología Experimental, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: mariemmaantor@yahoo.com

² Oriadna Barrios, Departamento Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: psicoribarríos@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Mariemma Antor, quien con paciencia y dedicación se esfuerza por brindar siempre una educación de excelente calidad. Sin su guía, no hubiese sido posible culminar este trabajo.

A la profesora Zulme Lomelli por los años de acompañamiento, enseñanza y guía en la investigación de las teorías de apego en adultos. Su labor como docente e investigadora propiciaron el interés por comprender mejor el área.

A los médicos, enfermeras y trabajadores del Servicio de Cardiología del “Hospital Vargas” de Caracas, quienes a pesar de las duras condiciones laborales continúan haciendo un trabajo intachable proporcionándole a la comunidad un servicio ético y de calidad.

Especialmente, quiero extender mi más profundo agradecimiento a la Dra. Dulce Reyes, la T.O. Judith Berroterán, la Lic. Irene de Santos y la Lic. Tibisay Mota. Sin su constante apoyo y ayuda no hubiese sido posible realizar esta investigación. Ellas prestaron su tiempo, sus conocimientos e incluso hasta su área de trabajo para permitir que se continuara realizando el trabajo con los pacientes aún en los momentos de mayor crisis del hospital.

Finalmente, a todos aquellos pacientes que colaboraron con la investigación y me motivaron con sus historias a continuar buscando siempre la excelencia.

**ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES****Barrios, O.****Julio, 2019**

Esta investigación, de tipo correlacional, se enmarca dentro de la Psicocardiología. El diseño fue no experimental, transeccional, de campo. Se evaluó la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con Enfermedades Cardiovasculares (ECV), atendidos en el Hospital Vargas de Caracas. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes, 29 hombres (48,3%) y 31 mujeres (51,7%) con edades comprendidas entre 30 y 85 años. La medición de las variables se hizo a través de la Escala de Estrés Percibido –*EEP-14*– (Remor, 2006), el Cuestionario de Apego Adulto Sobre Relaciones –*RQ*– (Echeverría y Auvert, 2007) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés –*CAE*– (Sandín y Chorot, 2003). Para el análisis descriptivo de los datos se calcularon las medidas de tendencia central y para el análisis de las asociaciones entre las variables se utilizó el Coeficiente de Correlación producto-momento de Pearson *R*. El 55% de la muestra obtuvo un estilo de apego seguro, con niveles moderados de estrés ($\bar{x} = 25,78$) y un uso moderado de diversas estrategias de afrontamiento. Los resultados son sugestivos de que el apego seguro es un factor protector en las ECV en tanto fomenta el desarrollo y el uso de estrategias de afrontamiento como la Focalización en Solución de Problemas ($r = 0,289$) que permite regular los niveles de estrés.

Palabras Clave: *Psicocardiología, Estrés, Apego, Afrontamiento, Enfermedad Cardiovascular.*

STRESS, COPING AND ATTACHMENT IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Barrios, O.

July, 2019

This research is framed in Psychocardiology. It was a correlational study with non-experimental transectional field design. The relationship between stress, coping and attachment was evaluated in patients with Cardiovascular Diseases (CVD) of the Hospital Vargas in Caracas. The sample consisted of 60 patients, 29 men (48.3%) and 31 women (51.7%) aged between 30 and 85 years old. It was used the Perceived Stress Scale -PSS-14- (Remor, 2006), the Relationship Questionnaire -RQ- (Echeverría y Auvert, 2007); and the Stress Coping Questionnaire -CAE- (Sandín y Chorot, 2003). For the descriptive analysis of the data the measures of central tendency were calculated and for the analysis of the associations between variables it was used Pearson's R Correlation Coefficient. 55% of the sample obtained a secure attachment style, with moderate levels of stress ($\bar{x}=25.78$) and a moderate use of different coping strategies. The results showed that safe attachment is a protective factor in CVD, as it encourages the development and use of coping strategies such as Focusing on Problem Solving ($r= 0.289$) that allow the regulation of stress levels.

Keywords: *Psychocardiology, Stress, Attachment, Coping, Cardiovascular Disease.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. MARCO REFERENCIAL.....	13
2.1. Psicocardiología.....	15
2.1.1. Definición de ECV.....	15
2.1.2. Factores de riesgo en la ECV.....	18
2.1.3. Estrés y Afrontamiento.....	20
2.1.4. Apego.....	25
2.2. Relación entre Estrés, Afrontamiento y Apego en ECV.....	30
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
IV. OBJETIVOS.....	37
4.1. Objetivo General.....	37
4.2. Objetivos Específicos.....	37
V. MÉTODO.....	38
5.1. Tipo de Investigación.....	38
5.2. Diseño de Investigación.....	38
5.3. Variables.....	38
5.3.1. Estrés.....	38
5.3.2. Afrontamiento.....	39
5.3.3. Apego.....	39
5.4. Muestra.....	40
5.5. Instrumentos.....	43
5.5.1. Escala de estrés percibido (EEP-14).....	43
5.5.2. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE).....	44

5.5.3. Cuestionario de apego adulto sobre relaciones (RQ).....	45
5.6. Procedimiento	46
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	49
VII. CONCLUSIONES.....	65
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS.....	69
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución muestral según características sociodemográficas y comorbilidades	41
Tabla 2. Distribución muestral según el tipo de ECV y el tiempo de diagnóstico	43
Tabla 3. Plantilla para la corrección por dimensión del Cuestionario de Afrontamiento. Extraído de Sandín y Chorot (2003, p. 53)	45
Tabla 4. Estadísticos descriptivos para los niveles de estrés reportados por la muestra de pacientes con ECV	49
Tabla 5. Estadísticos Descriptivos para las Estrategias de Afrontamiento	52
Tabla 6. Frecuencia del nivel de seguridad percibido (NS) y de los estilos de apego (EA) en la muestra de pacientes con ECV	54
Tabla 7. Matriz de Correlación entre Estrés, Afrontamiento y Apego	61
Tabla 8. Puntajes obtenidos en las variables en los casos especiales	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de respuesta por ítems con mayor índice de respuesta extrema en la EEP-14	50
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Escala de Estrés Percibido EEP-14	77
Anexo 2. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE	78
Anexo 3. Cuestionario de Apego Adulto en Relaciones (RQ)	80
Anexo 4. Carta de Solicitud de colaboración al Servicio de Cardiología.....	82
Anexo 5. Carta de Aceptación del Comité de Bioética	83
Anexo 6. Planilla de Consentimiento Informado.....	84

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación enmarcada dentro de la Psicología de la Salud y la Psicocardiología, tiene como principal objetivo evaluar en pacientes con Enfermedades Cardiovasculares (ECV), la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en la adquisición y padecimiento de este tipo de enfermedades.

En este sentido, es necesario fijar posición con respecto a las conceptualizaciones teóricas de las variables que constituyen el foco central de este trabajo. Así, el estrés será entendido como el resultado de una relación del individuo con su entorno que es valorado por el sujeto como una amenaza que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984); mientras que el apego, se refiere a una tendencia relativamente estable que dirige la forma en la que se busca y se mantiene la proximidad de otros (Garrido et. al., 2015) y el afrontamiento, se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas del entorno que son evaluadas como excedentes de los propios recursos individuales (Lazarus y Folkman, 1984).

Por otra parte, para esta investigación se acogió el concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud –OMS- (2005), que la describe como un estado de bienestar físico, psicológico y social que abarca más que la simple ausencia de enfermedades. Así pues, el interés en las ECV radica en que estas se han constituido como una de las principales causas de muerte en el mundo y en Venezuela donde afectaron para el año 2014 aproximadamente al 30% de la población masculina y al 28% de la población femenina, según cifras brindadas por la Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2014).

Por tanto, cobra relevancia el estudio de los factores de riesgo y variables moduladoras de la adquisición y mantenimiento de la enfermedad, no sólo de índole orgánica sino también psicológica tales como el estrés, el afrontamiento de situaciones estresantes y el apego. Sin embargo, pese a que existen múltiples investigaciones sobre tales variables y su relación con otras enfermedades, hay escasa información sobre su rol en las ECV, aun cuando el estrés ha sido ampliamente estudiado como factor de riesgo

cardiovascular debido a que a nivel biológico produce daños significativos a las arterias del corazón (Florez y Parra, 2016).

En este orden de ideas, esta investigación buscó establecer la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con ECV que son atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Vargas de Caracas, a través de un estudio correlacional de campo. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido -EEP-14- de Remor (2006), el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés -CAE- de Sandín y Chorot (2003) y el Cuestionario de Apego Adulto sobre Relaciones -RQ- adaptado al español por Echeverría y Auvert (2007).

Con el propósito de lograr el objetivo principal de esta investigación y buscando facilitar la comprensión del material, se estructuró el contenido por capítulos siguiendo el siguiente orden: un marco referencial en el cual el lector podrá familiarizarse con algunas evidencias empíricas y aspectos conceptuales básicos según cada variable tratada, el cual da paso a la derivación, planteamiento y justificación del problema de investigación que permitió establecer la propuesta metodológica, establecida en el marco metodológico. Consecutivamente, se presenta el capítulo de análisis y discusión de datos y resultados, que finalmente deriva en la presentación de las conclusiones, limitaciones y recomendaciones que se desprenden de la investigación.

II. MARCO REFERENCIAL

La OMS (2005) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El concepto engloba un conjunto de elementos que van más allá de la noción histórica de salud como una simple ausencia de afecciones físicas; por lo tanto, permite incluir en el estudio de la misma aspectos de corte psicológico y social que podrían influir en la pérdida de la salud, ampliamente estudiados bajo el enfoque de la psicología de la salud, siendo esta, una rama de la psicología general encargada del estudio y promoción de la salud, así como también del estudio de las variables psicosociales inmersas en la pérdida de la salud.

Matarazzo (1980), propuso el primer concepto de la psicología de la salud, definiéndola como “el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (p.815). En principio, esta disciplina se abocaba al estudio de enfermedades mentales; posteriormente, a partir de los años 60 del siglo pasado, dio sus primeros pasos al abordaje del proceso de salud-enfermedad adquiriendo un campo de acción más amplio edificando gradualmente un espacio oportuno para el estudio de la salud desde dos grandes ramas, la clínica y la social (Díaz, 2010).

De este modo, se fueron constituyendo diversas sub especializaciones que si bien discrepan en modelos explicativos debido a sus múltiples y diversas corrientes de investigación, en la actualidad las investigaciones buscan independientemente del modelo al que se adscriban, promover el estudio de algunas de las variables psicosociales que permitan comprender e identificar el rol de las variables psicológicas en el desarrollo y surgimiento de enfermedades y la pérdida de la salud en general.

Por ejemplo, la investigación realizada por Lostaunau, Torrejón y Cassaretto (2017), relacionó la calidad de vida en cuanto a la pérdida de la salud, las consecuencias del estrés y las estrategias de afrontamiento. En su estudio encontraron que pacientes con cáncer de mama experimentaban la enfermedad como traumática cuando esta se percibía como una amenaza sobre la que no se puede tener control, aumentando la sensación de

indefensión, pérdida y depresión, viéndose afectada la calidad de vida relacionada con la salud –CVRS- y un elevado nivel de estrés.

Por otra parte, Kearney (2016) relacionó el estrés y la autocompasión (como estrategia de afrontamiento) en pacientes con Esclerodermia, trastorno de origen autoinmune caracterizado por deformaciones cutáneas similares a las cicatrices y modificaciones de la microcirculación que afectan diversos órganos como el corazón y los pulmones (Pereira, Nunes, Marchionni y Martins, 2017). Los autores encontraron que eventos estresores en edades tempranas, tales como los estilos de crianza de los padres (apego) y sensación de baja calidez y seguridad, están estrechamente vinculados a la aparición de la esclerodermia y otros trastornos, así como también a su mantenimiento y prolongación de los síntomas. Por ejemplo, el fenómeno de Raynaud, el cual consiste en un estrechamiento del flujo de sangre que va hacia la superficie de la piel de los dedos, pudiendo a largo plazo causar la muerte de los tejidos, es generalmente causado por estrés (National Library of Medicine, 2016).

Partiendo de la necesidad de comprender mejor el rol de estas variables en el surgimiento y mantenimiento de diversas enfermedades, sobre todo en enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes, los trastornos neuropsiquiátricos, las enfermedades digestivas, renales o respiratorias, las malformaciones congénitas o las enfermedades coronarias, se hace necesario que dentro de la psicología se establezcan subdivisiones que estudien de forma específica y sistemática cada enfermedad. Es por ello que en la actualidad el estudio de la salud desde la perspectiva psicológica cuenta con súperespecializaciones como la psiconcología, la psicorreumatología o la psicocardiología (Martín, 2016), las cuales permiten realizar las tareas propias de la psicología de la salud dentro de ramas más especializadas en la enfermedad objeto de estudio, de tal modo que la investigación y la clínica se realizan con mayor precisión.

En consecuencia, la presente investigación cuyo principal interés está enfocado en pacientes con ECV, se posiciona en el área de la psicocardiología que relaciona el estrés, la personalidad, la calidad de vida, el locus de control, entre otras variables psicológicas, con el surgimiento de las ECV, las cuales, según Soto et al. (2017), constituyen una de las primeras causas de muerte en el mundo, representando entre el año 2000 y el 2010

aproximadamente el 68% de estas. A continuación se desglosan algunos conceptos que son indispensables para la misma.

2.1. Psicocardiología

La Psicocardiología es definida como un “área de la psicología de la salud que aplica sus herramientas a la prevención, evaluación y tratamiento de las ECV, enfocando su atención principalmente en la detección y reducción de los factores de riesgo psicosociales, mediante el apoyo psicológico y la modificación de conductas y estilos de vida” (Guerrero y Sánchez, 2015, p. 59). De esta definición se desprende la necesidad de comprender adecuadamente qué son las ECV y los factores de riesgo asociados a ellas desde una perspectiva psicológica para vislumbrar mejor el abordaje de las enfermedades. A continuación se define la ECV y se describen las principales enfermedades incluidas en esta categoría.

2.1.1. Definición de ECV

Las ECV se definen como un conjunto de problemas y afecciones relacionadas con una disfunción en el corazón y los vasos sanguíneos (Goldman, 2016), los cuales pueden variar dependiendo del tipo de ECV que el paciente presente. Según la OMS (2017a, 2017b) las ECV son unas de las enfermedades más propagadas a nivel mundial que afectan una de cada diez personas, siendo en los últimos 15 años la principal causa de muerte en el mundo, específicamente la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, responsables de alrededor de 15 millones de muertes para el 2015 en todo el planeta.

Sin duda, este tipo de enfermedad afecta un gran número de personas y se presenta en diversas variantes. Según Sipahi et al. (2014), Goldman (2016), Toth, Shammas, Foreman y Byrd (2016) las ECV más comunes son:

- *Enfermedad Arterial Coronaria (EAC)*. Consiste en un estrechamiento de las arterias coronarias. El corazón deja de recibir el flujo sanguíneo y oxígeno suficientes, produciendo infartos al miocardio, insuficiencia cardíaca y arritmia.

- *Insuficiencia Cardíaca (IC)*. Se produce por una debilidad o rigidez del miocardio, lo que impide el bombeo suficiente de sangre oxigenada, causando síntomas en todo el cuerpo. Esta enfermedad puede ser causada por hipertensión arterial y arteriopatía coronaria, entre otros.
- *Arritmias*. Se refieren a cualquier problema presentado en la frecuencia o ritmo cardíaco, que puede implicar una disminución, aumento o irregularidad de las pulsaciones cardíacas.
- *Enfermedades de las válvulas cardíacas*. Es un mal funcionamiento de una o alguna de las cuatro válvulas del corazón, lo cual implica una regurgitación (escape de la sangre a través de las válvulas en direcciones equivocadas), o estenosis (las válvulas se cierran bloqueando el flujo sanguíneo). Este tipo de enfermedad puede presentarse al nacer, por infección o en comorbilidad con otras cardiopatías. El signo más frecuente se denomina soplo cardíaco.
- *Arteriopatía periférica*. Se presenta debido a una obstrucción por placas ateromatosas en las arterias de los miembros inferiores, reduciendo el flujo sanguíneo hacia las piernas y pies, lesionando nervios y tejidos.
- *Hipertensión*. Es el término que designa al aumento de la presión arterial, la cual implica la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea sangre al cuerpo. Para diagnosticar la hipertensión los valores de presión arterial deben ser mayores de 120/80 Hg. La hipertensión no controlada puede dar como resultado el deterioro del músculo cardíaco; al llegar a este punto se le conoce como Cardiopatía Hipertensiva.
- *Accidente cerebro-vascular (ACV)*. Se origina por una falta significativa del flujo sanguíneo en el cerebro. Puede deberse a coágulos que se desplazan de los vasos hasta el cerebro o por sangrados en el mismo.
- *Cardiopatía Isquémica (CI)*. Se debe a una reducción del flujo sanguíneo que va al corazón por un bloqueo total o parcial de las arterias encargadas del suministro de sangre. En la mayoría de los casos una obstrucción súbita o severa puede causar infartos, es decir, una parálisis o muerte del músculo cardíaco.

Entre otras enfermedades cardíacas menos conocidas pero igualmente relevantes para la presente investigación, se encuentra la *Angina Microvascular o Síndrome X*, la cual consiste en un marcado dolor torácico caracterizado por hipertrofia ventricular izquierda, espasmos coronarios, en comorbilidad con hipertensión arterial y/o enfermedades cardíacas varias. En el Síndrome X, se puede observar la presencia de arterias coronarias angiográficamente normales y pruebas de esfuerzo positivas. Por lo general, quienes lo padecen impresionan un buen pronóstico a largo plazo pero suele afectar severamente la calidad de vida de los pacientes, mayormente mujeres premenopáusicas, debido a los recurrentes y dolorosos espasmos coronarios aumentando en algunos casos los niveles de estrés y ansiedad referentes al ejercicio o esfuerzo físico cotidiano (Kaski y Pérez, 2002; Bellido, López y Fernández, 2017).

Por otra parte, se encuentran las enfermedades cardiometabólicas, siendo la más relevante la *Diabetes Mellitus Tipo II (DM-II)*. Esta es una enfermedad crónica que consiste en un déficit del organismo para asimilar o producir insulina, la cual es una hormona que se encarga de facilitar la absorción de la glucosa en las células. Los pacientes con DM-II, presentan altas concentraciones de glucosa en sangre y esta sobresaturación puede acarrear graves problemas en el corazón, ACV y muerte (American Diabetes Association, 2018). En general, la diabetes ha sido ampliamente asociada con diversos factores psicoemocionales como los estilos de comunicación, la formación de redes de apoyo y el padecimiento de depresión. Según Rondón et al. (2017), pueden observarse diferencias relevantes entre estas variables, la adherencia al tratamiento y el control metabólico, de modo que las mujeres suelen presentar un mayor índice de depresión relacionado con estilos de comunicación pasivo-agresivos y un peor control metabólico, por lo que puede inferirse que presentan mayor probabilidad de padecer complicaciones cardíacas posteriores.

Adicionalmente, se considera la *Miopatía por estrés, Síndrome de Takotsubo o Síndrome del Corazón Roto*, que si bien no es considerado dentro de la clasificación de ECV, su comprensión cobra importancia para la presente investigación. El mismo consiste en una afección aguda donde se ve alterada la función muscular del corazón de forma transitoria que posteriormente desaparece espontáneamente sin ninguna secuela (Martín, 2018). Se considera una miopatía inducida por estrés o idiopática en algunos

casos, ya que no presenta antecedentes médicos relevantes y hay una recuperación del 100% de la capacidad funcional del corazón.

Como se señaló anteriormente, una de las funciones prioritarias de la psicocardiología es el estudio de los factores de riesgo asociados a las ECV, ya que una mejor comprensión de las variables que intervienen en el surgimiento, mantenimiento y empeoramiento o mejora de la enfermedad coronaria puede ser de utilidad para el estudio de la misma. En este orden de ideas, es necesario definir cuidadosamente qué son los factores de riesgo, cuáles son y cómo afectan o intervienen en la ECV.

2.1.2. Factores de riesgo en la ECV

Los factores de riesgo son definidos como un conjunto de características de índole biológica o hábitos aprendidos que acrecientan la vulnerabilidad de las personas para sufrir una enfermedad (Acosta y Sánchez, 2009 c.p. Guerrero y Sánchez, 2015). Guerrero y Sánchez (2015) sostienen que “estos factores pueden caracterizarse por tener una relación autónoma y cuantitativa con la patología, por la existencia de un mecanismo causal que explica la asociación” (pp. 58-59). Según los autores, los factores de riesgo inmersos dentro de las ECV, se dividen en:

- *Factores de riesgo no modificables*, como la edad, el sexo, la raza y los factores hereditarios.
- *Factores de riesgo modificables*, los cuales consisten en los hábitos o las comorbilidades adquiridas que aumentan la vulnerabilidad del sujeto, tales como el tabaquismo, la hipertensión, la DM-II, la obesidad y el sedentarismo, entre otros.
- *Factores de riesgo modificables y estilos de vida*, son hábitos adquiridos como el alcoholismo, una alimentación inadecuada o variables psicosociales como el estrés, la personalidad, los estilos de afrontamiento, entre otros.

A lo largo de los años se ha encontrado evidencia de que las ECV presentan un mayor riesgo de aparición a medida que los individuos avanzan en edad. Paramio, Hernández y Carranza (2017), asocian este riesgo al aumento de factores de riesgo

modificables y del estilo de vida, así como también a la disminución de la capacidad orgánica para superar las consecuencias derivadas de los mismos en pacientes venezolanos.

En el mismo orden de ideas, Veliz-Rojas, Mendoza-Parra y Barriga (2017), estimaron que el riesgo cardiovascular asociado a la edad también se relaciona con desmejoramiento de algunos aspectos relacionados con la enfermedad, como por ejemplo “desarrollo de complicaciones y comorbilidades, que da curso a la polifarmacia, cambios fisiológicos que dificultan el ajuste del tratamiento farmacológico, un mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad y el aumento de la percepción de barreras en el seguimiento del tratamiento, especialmente las relacionadas con los cambios en los estilos de vida” (p. 27).

Los autores describen que aquellos pacientes con edades entre 40 y 60 años de edad, que cursan la etapa de *adulto maduro*, presentan una mayor posibilidad de contraer o empeorar la ECV, lo cual puede asociarse a cambios importantes en la dinámica familiar, que distraen la atención del paciente en cuanto al tratamiento sobre todo cuando la cardiopatía se presenta como asintomática y no genera trastornos abruptos dentro de la rutina (Veliz-Rojas, Mendoza-Parra y Barriga, 2017).

Esto también puede estar asociado con un aumento de otros factores de riesgo, tales como: obesidad, hipertensión, fumar, alto consumo de alcohol, sodio, azúcares, grasas saturadas; sedentarismo, entre otros, los cuales precipitan su aparición y aumentan el riesgo de empeorar la enfermedad. Tal como lo expresan Veliz-Rojas, Mendoza-Parra y Barriga (2017) y Paramio, Hernández y Carranza (2017), conocer las conductas que determinan el control de una enfermedad puede permitir a los expertos desarrollar estrategias para prevenir y atender de forma integral al paciente. Estudios como los realizados por Ortega, Armas, Dueñas, Noval y Acosta (2015) y Castro-Serralde y Ortega-Cedillo (2017), encontraron que los estilos de vida y los factores de riesgo como el estrés, la ansiedad, la condición física, por citar algunos, están estrechamente relacionados con la aparición de ECV como la cardiopatía isquémica.

Estos autores resaltan la importancia del manejo y mejoramiento de dichas condiciones como parte importante del tratamiento del paciente con cardiopatía. Tal como ha podido notarse hasta ahora, la mayoría de las investigaciones han ubicado al

estrés como uno de los principales factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aparición y gravedad de la ECV, así como también, han señalado la relevancia del afrontamiento y las estrategias empleadas por los pacientes para superar las condiciones asociadas a la enfermedad. A continuación se tratará con atención cómo desde la literatura se han abordado dichas variables.

2.1.3. Estrés y Afrontamiento

Los estudios que describen el estrés como un factor de riesgo dentro del estudio de las ECV se han concentrado en la relación del estrés oxidativo con otras variables fisiológicas, como la presión arterial y la formación de placas. Por ejemplo, Villalpando, Alvarez y Gómez (2017), estudiaron la relación de productos avanzados de oxidación proteica (PAOP), un marcador del estrés oxidativo, con otros factores de riesgo de ECV en jóvenes sanos. Los autores encontraron que la concentración de PAOP se incrementa conforme aumentan los factores de riesgo asociados a las ECV, aumentando los depósitos en la placa de ateroma, lo cual precipita el proceso aterogénico y por ende, el surgimiento de ECV. Ante esta noción del estrés, dependiendo del tipo y de su prolongación en el tiempo puede tener efectos positivos o dañinos sobre el corazón. Según Fernández (2009):

El estrés obliga al corazón a trabajar más intensamente. Las coronarias, que nutren al músculo cardíaco, requieren mayor aporte energético. Además, la sangre se espesa y las arterias se vuelven menos reactivas o elásticas; se acumulan así sustancias nocivas en su pared, de forma que la sangre circula con mayor dificultad. A su vez, la fibrinólisis, que es el mecanismo defensivo que destruye los trombos, pierde efectividad. Por tanto, nuestro sistema cardiovascular se hace vulnerable ante cualquier obstrucción y/o trombosis aguda o crónica de la placa aterosclerótica (p. 585).

Sin embargo, debido a que en la actualidad se le ha dado más importancia al estudio del estrés como variable psicológica, las investigaciones que asocian al estrés como factor de riesgo, lo estudian, entre otros modelos teóricos, desde el enfoque transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984), quienes lo definen como “el

resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (pp. 43), más que como una simple reacción fisiológica a estímulos ambientales.

Fernández (2009), partiendo de la definición de estrés de la Teoría Transaccional, estipula que las respuestas al estrés dependerán del tipo de situación estresante que se presente. Por ejemplo, el estrés físico genera respuestas cardiovasculares que pueden ser favorecedoras para el organismo ya que estas lo preparan para ejercer una habilidad sobre la respuesta demandante. Igualmente, el estrés psicológico o el estrés percibido, puede ser beneficioso al ejercer una función motivadora. Al igual que Lazarus y Folkman (1984), Fernández (2009) plantea que la respuesta desfavorable que se vincula con las ECV, se asocia a una respuesta inadecuada a la situación demandante que se sostiene en el tiempo de forma crónica o situaciones que generan una respuesta abrupta (el desborde de los recursos) de forma aguda.

Rodríguez et al. (2018), estudiaron el estrés y las emociones negativas en adultos medios con hipertensión y encontraron que en el 90% de los casos los pacientes presentaban niveles moderados-altos, teniendo una mayor incidencia en los niveles altos de estrés. Los autores coincidieron en que el estrés debía ser considerado como un factor de alta vulnerabilidad biológica.

Así, Orellano (2015) establece el bienestar psicológico asociado al estrés como un factor de relevancia en la evaluación de las ECV. En su estudio trabajó con 35 hombres cardiopatas tratados, con edades comprendidas entre 54 y 63 años. La autora encontró que aproximadamente el 74% de los pacientes entrevistados referían eventos estresores previos a la aparición de la enfermedad, presentándose en un 34% en el ámbito familiar y en un 31% en el ámbito laboral.

Desde esta perspectiva propuesta por Lazarus y Folkman (1984), los estudios médicos han explicado algunas cardiopatías específicamente relacionadas con el estrés. Tal es el caso del Síndrome del Corazón Roto, Takotsubo, o Cardiopatía Inducida por Estrés, el cual se presenta en su mayoría en mujeres pre-menopáusicas y consiste en “una disfunción transitoria de los segmentos medios o apicales del ventrículo izquierdo que simula un infarto del miocardio” (Vadalá et al., 2014, pp. 222, 223), sin que se presenten

lesiones significativas. Este síndrome debe su nombre a la forma que presenta el corazón cuando el ventrículo izquierdo adopta una forma similar a los anzuelos de pesca de pulpos utilizados en Japón. Sin embargo, la denominación de corazón roto alude al desencadenante de la afección, es decir, al evento estresor previo, con una alta carga afectiva (Vadalá et. al., 2014).

Con los primeros estudios realizados sobre la Cardiopatía inducida por Estrés, se ha planteado la posibilidad de que algunos elementos emocionales se encuentren estrechamente relacionados al surgimiento de las ECV, así como su relación con el estrés en general. Algunas de las investigaciones sobre estrés en pacientes cardiovasculares, o sobre el rol del estrés en la enfermedad, hacen especial énfasis en el papel del apoyo social y las relaciones personales de los pacientes con sus diversas redes de apoyo. Por ejemplo, Stapleton, Woodcroft-Brown y Chatwin (2016) hallaron que el estrés asociado con las relaciones de apego eran predictores significativos en las conductas de enfermedad y angustia psicológica. A través de un ANOVA de una vía demostraron que los estilos de apego y la satisfacción en la relación de pareja, así como la implicación individual dentro de la misma, tienen una relación directa en la salud física y psicológica.

Cobra sentido, entonces, la definición de estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1984), quienes lo definen desde una perspectiva integradora en la que la evaluación cognitiva y las características personales juegan un rol fundamental en la percepción de los estímulos y del entorno, alcanzando gran relevancia el papel de las relaciones de apego entre los individuos que se enfrentan a situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento adquiridas desde la infancia.

De esta forma, el afrontamiento puede ser entendido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164). Dentro de la relación particular que el individuo sostiene con su entorno (estímulos internos y/o externos), la evaluación cognitiva está determinada por las diferencias individuales, y explica cómo frente a estímulos aparentemente iguales las personas reaccionan de diferentes formas.

El afrontamiento cumple dos funciones principales: resolver el problema causante de perturbación o regular la emoción que se manifiesta como consecuencia del encuentro con el evento estresor. Las estrategias de resolución de problemas están dirigidas a manejar o modificar el problema en sí. Las estrategias de regulación emocional consisten en la utilización de métodos o técnicas que permitan regular la respuesta emocional frente a la situación o estímulo estresor (Lazarus y Folkman, 1986). Sin embargo, el uso de alguno de los dos tipos de afrontamiento no garantiza que la persona haya ejecutado una adecuada resolución del problema debido a la influencia de las diferencias individuales que están en gran medida permeadas por las experiencias previas de cada individuo, lo cual alude a la idea de que algunas personas pueden responder de formas diferentes ante las situaciones estresantes y salir o no airoas de las mismas.

Así pues, en la exploración sobre las formas de afrontar situaciones estresantes, como es el padecimiento de una enfermedad y en este caso particular de una ECV, se ha encontrado que muchos pacientes suelen responder con estrategias de afrontamiento de regulación emocional, afianzándose en sus creencias religiosas y buscando apoyo emocional en pares (parejas, amigos, hermanos, etc.), tal como lo expresan Rodríguez et al. (2018), quienes encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes hipertensos radicaban en el uso de la confrontación y la búsqueda de apoyo social. Estos autores describen la confrontación como una estrategia ineficiente para enfrentar el estrés ya que involucra cierto nivel de agresividad y hostilidad que puede empeorar la situación y agravar el padecimiento de la ECV, sin embargo, el uso de la búsqueda de apoyo social funge como factor protector del individuo, mejorando la respuesta al estrés y disminuyendo el riesgo cardiovascular.

Por otra parte, Licon, López y Del Castillo (2015), vincularon el estrés, el apego y el afrontamiento a través de un estudio correlacional en cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Sus hallazgos indicaron que existe una relación significativa entre los niveles de estrés y los estilos de apego inseguro, tanto evitativo como ansioso con estrategias de afrontamiento de tipo aceptación y resignación, las cuales se encuentran dirigidas a la emoción y a la reinterpretación cognitiva del problema; estas estrategias demostraron ser inadecuadas bajo la situación de estrés del cuidador.

En la misma línea de investigación sobre la relación de dichas variables en cuidadores de pacientes crónicos, Díaz y Spencer (2017) encontraron que el estilo de apego seguro se correlaciona con un nivel mayor de bienestar psicológico y una disminución de los niveles de estrés, mientras que aquellos cuidadores con un estilo de apego inseguro presentaban mayores niveles de estrés. En ambos casos, las estrategias de afrontamiento se centraron en la resolución de problemas sin distinción del estilo de apego pero se evidenció una correlación alta y positiva con la percepción del bienestar psicológico.

Por otra parte, Valero-Moreno, Barreto-Martin y Pérez-Marín (2016) en una revisión teórica sobre el apego, el estrés y afrontamiento al duelo encontraron que “los individuos con un apego seguro frente a los de apego inseguro, tienen más probabilidades de buscar apoyo en los demás ante situaciones de alto nivel de ansiedad o estrés” (p. 64). Esto coincide con las investigaciones previamente mencionadas.

Así mismo, dentro del campo del estudio de las ECV pese a que no se han estudiado a profundidad los constructos de “apego/estrés/afrontamiento”, se ha evidenciado que niveles bajos de regulación emocional en hombres y una baja comprensión intrapersonal en mujeres, aumenta significativamente el riesgo de padecer algún tipo de ECV (Núñez y Castillo, 2017). De igual forma, en el estudio experimental de Reveté (2017), se encontró que pacientes con ictus isquémicos tratados con neurointervencionismo endovascular, muestran estrategias de afrontamiento dirigidas a la aceptación activa del problema.

Como se ha podido observar, el apego juega un papel importante en la relación estrés-afrontamiento, tal como lo expresa la Dra. Rodríguez, médico del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cuba, en una carta dirigida al director del hospital en el año 2017: “es necesario que los profesionales... acaben de interiorizar el relevante papel de factores de riesgo emocionales y conductuales como causas y agravantes de las ECV” (Rodríguez, 2018, p. 224).

En un país como Venezuela, donde la crisis social, política y económica afecta a la población y genera altos índices de estrés, los cuales según Acosta (2018, c.p. Chomiak, 2018), psicóloga clínica y jefa del área sociopolítica del Centro de Estudios del Desarrollo –Cendes- de la Universidad Central de Venezuela, generan comportamientos

que pueden incidir en el deterioro de la salud física y emocional, se hace necesario establecer redes de apoyo y mantener hábitos saludables que potencien las condiciones de salud del venezolano. Esto debe, necesariamente, incluir la investigación de aquellas variables que afectan de una u otra manera la salud.

Por ello, se hace indispensable incluir en el estudio de las enfermedades y en especial las ECV el rol del apego, teniendo presentes los hallazgos derivados del estudio de la Cardiopatía Inducida por Estrés, donde se evidencia que la manera en la que los individuos se relacionan con otros, puede significar un elemento relevante dentro de la aparición y mantenimiento de la cardiopatía, lo cual puede tener una mayor relevancia en situaciones como la que atraviesa el país. En este sentido, se hace relevante comprender mejor el apego y sus múltiples formas de aparición.

2.1.4. Apego

El apego según Garrido et al. (2015) “se refiere a la tendencia estable de un ser humano de hacer esfuerzos sustanciales para buscar y mantener proximidad y contacto con uno o unos pocos individuos específicos, quienes proveen el potencial subjetivo para la seguridad y protección física y/o psicológica” (p. 286). Según los autores, esta forma de establecer modelos de proximidad con otros es regulada por un modelo operante que el individuo internaliza como esquemas cognitivo-afectivo-motivacionales delimitados por sus experiencias.

Bowlby, Hazan y Ainsworth, (1987; 1983; 1978 c.p. Gerber, 2015) describen que los vínculos afectivos establecidos entre padres e hijos facilitan los modelos de relación que el individuo desarrollará a lo largo de su vida. Así mismo, contemplan que los modelos establecidos en la infancia suelen ser relativamente estables, pero según sea la experiencia pueden generarse cambios significativos en los esquemas cognitivo-afectivo-motivacionales o en las formas de relación específicas. Estos modelos relacionales, marcados por las diferencias individuales, son claves indispensables para que el individuo delimite cómo responder frente a las figuras de apego, proporcionando al sujeto una forma de percibir el mundo, prediciendo lo que ocurrirá y cómo actuar frente a las situaciones vitales (Garrido et. al., 2015).

En un principio, Bowlby (1987 c.p. Gerber, 2015) el impulsor de la teoría del Apego, consideraba que este constructo respondía a una dicotomía de existencia, hay o no hay apego; sin embargo Ainsworth propone la existencia de diversos tipos de apego (Gómez, et. al. 2018). Actualmente, las investigaciones que describen la variable coinciden en que el apego puede presentarse en diferentes formas, según sea el tipo de relación que la persona haya tenido con sus cuidadores principales en la primera infancia. Gerber (2015) y Celdrán (2016), basados en la teoría de apego propuesta por Bowlby, Hazan y Ainsworth (1987; 1983; 1978 c.p. Gerber, 2015), describen los siguientes estilos de apego.

- *Seguro*. Se caracteriza por la búsqueda de cercanía, contacto físico, percepción positiva de sí mismo y otros, y no se observan relaciones de dependencia. Por el contrario, se establecen los límites del contacto de forma segura y no invasiva.
- *Inseguro o Temeroso*. Se generan según se haya dado la relación con los cuidadores primarios durante la infancia. Las personas con este tipo de apego tenían figuras inseguras, por lo que había hostilidad, miedo y desconfianza en cuanto al ámbito familiar o de cuidadores. En general, se caracterizan por presentar relaciones con altos niveles de violencia, niveles elevados de estrés, angustia y ansiedad frente a la proximidad de otros.
- *Evasivo o Evitativo*. Se caracterizan por ser personas que evitan el contacto con otros, desvalorizan el afecto de otros y el suyo propio, se presentan como distantes, frívolos y prefieren ocupar su tiempo en actividades distintas, dejando de lado las interacciones afectivas.
- *Desorganizado o Preocupado*. Son personas que frente a la relación afectiva se presentan confusos y contradictorios, intentan mantener el control sobre la relación, suelen rechazar y humillar a otros si no consiguen sus objetivos o si consideran que el afecto expresado por terceros no les satisface. Así mismo, frente a situaciones estresantes tienden a tener poco control sobre la situación y sus emociones.

Tal como es expresado por Garrido et al. (2015), los distintos tipos de apego, brindan un modelo relacional, que proporciona al individuo una forma de percibir el

mundo como seguro o amenazante. Galán (2016), explica que el apego tiene una base filogenética a través de la cual el individuo aprende a resguardarse de las amenazas del entorno. En términos de seguridad, el apego debe entenderse como la búsqueda constante de resguardo ante el peligro; este tipo de peligro puede ser tanto físico como interno. Estos estímulos internos amenazantes, involucran desde sentimientos como la angustia hasta estados más complejos como el estrés y el pánico, que ponen en desequilibrio el bienestar psíquico del individuo. El apego juega entonces, un rol protector que induce al individuo a la búsqueda de apoyo emocional y protección física.

Tomando en consideración el rol que desempeñan las variables de índole emocional-afectivo que derivan en comportamientos orientados a la pérdida o no de la salud, el apego se convierte en una variable psicológica de interés, ya que tal como lo expresa Bowlby (2006 c.p. Gómez, et al. 2018) el apego en su amplia variedad debe considerarse como aquellos comportamientos emitidos por una persona para alcanzar o conservar la proximidad a otro individuo que es distinguido y preferido del resto, en tanto proporcione seguridad (Galán, 2016). En consecuencia, los comportamientos asociados a los distintos tipos de apego pueden impulsar la emisión de operantes que le permitan sostener ciertos grados de seguridad y protección física y psicológica (Gerber, 2015).

Se ha observado en la literatura consultada, cómo el apego se encuentra relacionado con diversos tipos de trastornos de índole psicológica como los alimentarios, la depresión y la ansiedad, sobre todo aquellos tipos de apego inseguros, evitativos o desorganizados. Tal como lo expone Arias (2015):

La teoría del apego permite asegurar, que la presencia de un cuidador estable es la base para un normal desarrollo cognitivo y emocional del niño que se reflejará en la salud mental de su vida adulta, sin dejar a un lado los riesgos genéticos que no dependan tanto del ambiente facilitador que nos plantea esta teoría para el desarrollo óptimo del niño (p 10).

Para Arias (2015), existe una relación significativa entre los primeros vínculos afectivos que delimitan el tipo de apego y la salud mental o física durante la edad adulta. El autor describe que el ambiente en el que el niño o el adulto se desenvuelven, juega un papel facilitador para la adquisición o fortalecimiento de sus capacidades de afrontamiento. Sin embargo, Arias (2015) comenta que:

Para alcanzar este estado de funcionalidad en la adultez es necesario haber estado mediado desde su infancia, por un ambiente facilitador en el cual se fomente en el niño la capacidad de relacionarse socialmente y proveerlo de pautas para afrontar las situaciones que se le presentarán en la interacción constante con los demás (p. 11).

Por ejemplo, se ha encontrado que algunas de las dimensiones del apego, como el temor al rechazo y el abandono, características del estilo de apego inseguro, están estrechamente vinculadas al bienestar percibido por pacientes con cáncer de mama, aumentando el número de emociones negativas y la percepción de bienestar (Alonso, Fontanil y Ezama, 2016).

En concordancia con lo anterior, Solís (2016), quien realizó un estudio mixto de corte cuantitativo y cualitativo, encontró que el apego juega un papel importante dentro del desarrollo de enfermedades como la depresión, describiendo que una forma segura de apego representa una conexión afectiva que le permite a los individuos un mayor estado de bienestar y estabilidad emocional; por el contrario, estilos de apego desfavorables pueden ser un factor de riesgo en el deterioro emocional de las personas, pudiendo desencadenar afecciones tanto físicas como psicológicas, como por ejemplo la depresión. Igualmente, Garrido et al. (2015), en un estudio con 28 mujeres, encontraron que aquellas diagnosticadas con depresión presentaban estilos de apego inseguro y desorganizado, mientras que las mujeres que no habían sufrido de ningún tipo de episodio depresivo tenían un 85,7% de las veces un estilo de apego seguro.

Por otra parte, Soto et. al. (2017) encontraron que el apego tiene una estrecha relación con la forma de afrontamiento a situaciones que generan estrés y ansiedad en la vida. Por ejemplo, en su estudio sobre los factores psicosociales y de adaptación de familiares con pacientes que han fallecido por enfermedades coronarias, observaron que cerca del 40% de las personas estudiadas tenían un estilo de apego inseguro, en relación con el hecho de que más de la mitad de los participantes presentaban altos niveles de estrés crónico. Sin embargo, los autores no estudiaron la relación entre los niveles de estrés y el estilo de apego.

La literatura apoya entonces la noción del apego como una variable moduladora o protectora de la salud que tiene una gran injerencia en el surgimiento o mantenimiento de

factores de riesgo. Al respecto, Catalá (2016) encontró que el estilo de apego seguro actuaba como un factor protector en aquellos pacientes que se sometían a un trasplante hematopoyético, tejido responsable de la producción de células sanguíneas. En su estudio los pacientes con estilos de apego seguro tuvieron menos complicaciones secundarias, mostrando una mejor respuesta al trasplante y una mayor posibilidad de supervivencia medida en 3, 6 y 12 meses posteriores al procedimiento. Sin embargo, aquellas personas con un estilo de apego inseguro presentaron un mayor número de complicaciones, como por ejemplo, síndrome obstructivo sinusoidal hepático; sus respuestas al trasplante y la posibilidad de supervivencia empeoraron en el mismo tiempo de 3, 6 y 12 meses.

Gómez, et al. (2018) llevaron a cabo un estudio que buscaba comprobar si el apego y el género tenían una relación que influyera en las personas candidatas a cirugía bariátrica con obesidad mórbida. Trabajaron con 274 personas de las cuales 162 presentaban obesidad mórbida, un factor de riesgo importante para el padecimiento de diversas enfermedades y además un trastorno psicofísico sumamente importante en la actualidad; y un grupo control de 112 personas sin obesidad. Los autores hallaron que una mayor cantidad de sujetos con apego inseguro pertenecientes al grupo clínico tenían una mayor probabilidad de presentar una relación entre su tipo de apego y el padecimiento de obesidad ya que no habían adquirido desde la infancia estrategias autoregulatoras de su conducta y estados internos, lo que favorece en la edad adulta el mantenimiento de comportamientos asociados a la obesidad.

Así mismo, Ochoa, Bermúdez y Paredes (2016) encontraron en una muestra conformada por 27 hombres alcohólicos, una prevalencia de los estilos de apego inseguros, obteniendo un 85,2% de los participantes un estilo de apego preocupado, concluyendo que los estilos de apego preocupado guardan una relación con la dependencia crónica al alcohol, uno de los principales factores de riesgo en ECV como la hipertensión.

Tal como se ha observado hasta ahora, el apego funciona como un esquema cognitivo-afectivo-motivacional que dependiendo del tipo de relación inicial con los cuidadores primarios dará origen a cierto tipo de comportamientos vinculados al mantenimiento de la salud o impulsando los factores de riesgo. En relación con las ECV, algunos estudios apuntan a considerar que puede mejorarse la adherencia al tratamiento

y disminuir el índice de depresión tanto en pacientes como en familiares cuando se presentan factores protectores como el apoyo social de la familia y la pareja. Por ejemplo, De La Nube (2016) encontró en una muestra de 70 pacientes hipertensos mayores de 40 años, que los pacientes que tenían mejor adherencia al tratamiento eran aquellos que contaban con un apoyo familiar máximo, mientras que los pacientes que tenían un menor apoyo familiar solían abandonar el tratamiento, con un consecuente deterioro en su condición.

Sin embargo, a pesar de que existen muchas investigaciones sobre el apego, son pocas las que relacionan esta variable con el estrés y el afrontamiento en pacientes con ECV. Bowlby, Hazan y Ainsworth (1987; 1983; 1978 c.p. Gerber, 2015), autores principales de la Teoría de Apego que se maneja en la actualidad, describieron patrones detallados de comportamiento y esbozaron algunas relaciones entre el estilo de apego y situaciones estresantes como la separación o el abandono (Gerber, 2015; Garrido et al., 2015). No obstante, son pocas las explicaciones que se han dado sobre la relación entre ambas variables y su rol en el surgimiento de estas enfermedades.

2.2. Relación entre Estrés, Afrontamiento y Apego en ECV

Sobre el proceso de estrés-apego-afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986) comentan que los conceptos de estrés y afrontamiento se vinculan con la vulnerabilidad de la infancia y la relación madre-hijo, la cual contribuye al desarrollo de diferencias intraindivuales sobre la forma en la que los individuos afrontan la situación estresante. Sin embargo, a pesar de que Lazarus y Folkman (1986) y Bowlby, Hazan y Ainsworth (1987; 1983; 1978 c.p. Gerber, 2015) parecieran esbozar una relación entre las variables, ninguno de los autores mencionados realizó un análisis conjunto.

En este sentido, algunas explicaciones de la relación que se da entre el estrés, el apego y la aparición de la enfermedad derivan del rol de mantenimiento que cumplen las representaciones del apego en el equilibrio biológico, por lo que durante la última década se han realizado varios estudios sobre los efectos fisiológicos del apego y el estrés, encontrando que los vínculos del apego son regulados por el eje hipotálamo hipofisario suprarrenal (HPA) y la producción de cortisol y la oxitocina. En este sentido, Florez y

Parra (2016), a través de una revisión sistemática de diversos estudios sobre el papel regulador de la oxitocina en las interacciones sociales, “reconocieron a la oxitocina como un potencial inhibidor de las respuestas del eje HPA, a través de la inhibición de la liberación de la hormona ACTH (adrenocorticotropa) en algunos escenarios de estrés: agudo y episódico” (p. 9).

De igual forma, determinaron que la oxitocina regula las respuestas de estrés frente a diversos escenarios sociales, jugando un papel importante en la regulación de las respuestas emocionales derivadas del contacto social y las relaciones sexuales; es decir, del afrontamiento. Así mismo, Petrowski, Beetz, Schurig, Witermann y Buchheim (2017) encontraron en una muestra de 98 sujetos sanos, que el estilo de apego inseguro con temas no resueltos de apego (ruptura de la regulación emocional) presentaba una prolongada recuperación de cortisol. Dicha regulación se encontraba relacionada con emociones negativas de situaciones estresantes que podrían influir en un aumento de la actividad fisiológica del organismo.

Fisiológicamente el estrés tiene una respuesta que abarca un gran número de mecanismos complejos de retroalimentación que involucran el sistema neuroendocrino, inmune, metabólico, cardiovascular; de allí que guarde una relación estrecha con factores de riesgo y enfermedades psicofisiológicas como la obesidad y la depresión. Así mismo, el apego representa una variable indispensable para explicar cómo se generan a nivel psicológico los mecanismos necesarios para que se den respuestas adaptativas frente a situaciones estresantes. En este sentido, Lemos (2015) propone un modelo explicativo de la relación entre estrés, afrontamiento y apego dentro de las respuestas de salud-enfermedad desde la teoría de la alóstasis, la cual funciona como una extensión del modelo de homeostasis con el cual se explicaban las respuestas de estrés y su influencia en la salud basados en el modelo de estrés de Selye.

Lemos (2015) expone que inicialmente los estímulos estresores son detectados a través de una red neurobiológica, en la cual, tal como se explicó anteriormente, interactúa el tálamo, la corteza sensorial y la amígdala, cuya actividad se ve regulada por el hipocampo y la corteza prefrontal, ejerciendo el primero un control inhibitorio cimentado en el aprendizaje de respuestas previas, mientras que la segunda lo hace a través de las funciones ejecutivas como la atención “así, la amígdala, el hipocampo y la corteza

forman una red de detección para amenazas ambientales... Posteriormente, la respuesta al estrés implica (a) la desactivación del sistema parasimpático, (b) la activación simpática por la acción del *Locus Coeruleus*, asociándose con la respuesta de lucha/huida, y (c) la activación del eje Hipotálamo Pituitario HPA [hipertensión]” (p. 453).

De allí que se produzca la liberación de norepinefrina, acetilcolina, corticotropina (CRH), ACTH y cortisol. Teniendo este último un gran impacto en la producción de glucosa y úrea, facilita la liberación de ácidos grasos en el sistema circulatorio, aumentando la “susceptibilidad del proceso aterosclerótico y de la necrosis no trombótica del miocardio” (Lemos, 2015 p. 453), por lo que puede comprenderse cómo el estrés se convierte en un factor de riesgo tan importante en el estudio de las ECV.

El rol que juega el mecanismo de alóstatas en la relación con el estrés radica en la explicación del proceso por el cual el cuerpo responde a los estímulos ambientales manteniendo la estabilidad mediante el cambio, siendo un proceso adaptativo de los sistemas fisiológicos frente a los desafíos internos y externos del individuo (Lemos, 2015).

Un estado alostático se produciría cuando los sistemas fisiológicos involucrados en el proceso de respuesta a un estresor están elevados de manera sustancial, llevando a un desbalance entre los mediadores primarios. Es decir, sustancias como el cortisol y la adrenalina. Se espera que posterior a la desaparición de la demanda que originó la activación, el sistema vuelva a regularse para evitar la carga o sobrecarga alostática. Sin embargo, se ha encontrado que en casos donde la estimulación se ha vuelto crónica y el estímulo se remueve después de un tiempo prolongado, no siempre se logra la recuperación del estado basal, sino que la carga alostática ya es suficiente para mantener un estado de activación permanente, el cual conlleva un alto riesgo para la salud (Lemos, 2015, p. 453).

Para Lemos (2015), el apego funciona como una barrera protectora entre las demandas externas y el individuo, donde se ven involucradas las habilidades para autoregular tanto las respuestas corporales como las respuestas cognitivas y comportamentales. Según sea el tipo de apego, el individuo tendrá seguridad en su capacidad para enfrentar la situación demandante activando el proceso que culmina con un estado de *arousal* fisiológico frente al estresor. Adicionalmente, el apego, según sea

su tipo, puede interferir en el desarrollo de enfermedades crónicas ya que se relaciona con los procesos de regulación de la respuesta fisiológica y psicológica al estrés, tal como en el caso del apego inseguro que se asocia con una gran variedad de efectos secundarios implicados en los niveles de carga alostática y la generación de diversas enfermedades como las ECV (Lemos, 2015).

Tal como se ha podido observar, la revisión de la literatura disponible apunta al rol moderador del apego en la relación estrés-afrentamiento en el desarrollo y padecimiento de diversas enfermedades entre las que pueden citarse las ECV. Sin embargo, existe poca evidencia empírica del tema en nuestro país y más específicamente en el ámbito hospitalario directamente involucrado en la atención de pacientes diagnosticados con este tipo de enfermedades.

Se hace necesario y pertinente dentro el marco de la actual crisis social, política y económica que auspicia el surgimiento de enfermedades crónicas, dificulta el acceso a medicinas y atención médica optimizada; realizar investigaciones que permitan desarrollar intervenciones más tempranas e integrales para mejorar la calidad de vida de los pacientes a pesar de los limitados recursos de los que disponen.

Por ello, la promoción de la salud psicológica previa, durante el diagnóstico y posterior al mismo, es una herramienta crucial para realizar mejoras que trasciendan las condiciones socio-políticas del país. Así pues, el Psicólogo Clínico tiene la obligación ética y civil de investigar las variables que pueden jugar un papel en el surgimiento, mantenimiento y agravamiento de las ECV y otras enfermedades, ya que se vuelve evidente que una mejor comprensión de la enfermedad permitirá desarrollar a futuro intervenciones que puedan ir más allá de la noción de enfermedad física y mejoren la salud integral.

En síntesis, la motivación para el estudio del apego, el estrés y el afrontamiento, se enmarca dentro de la búsqueda de una comprensión del fenómeno de la salud-enfermedad directamente vinculado a aquellos pacientes que padecen enfermedades del corazón, órgano que se ha considerado como el centro de las emociones y los sentimientos, y que es afectado por la forma en la que nos vinculamos con otros. Partiendo de allí, surge así el planteamiento del problema que guía esta investigación y que será abordado en el siguiente apartado.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo las ECV una de las principales causas de muerte en el mundo, las cuales aquejan a más del 60% de la población mundial anualmente, afectando a 1 de cada 10 personas (OMS 2017a; 2017b), es necesario dar respuesta a muchas de las inquietudes de médicos, psiquiatras y psicólogos interesados en el área, así como también a pacientes y familiares. En este sentido, cabe cuestionar el rol de un gran universo de variables que pueden ser factores de riesgo o moduladores de la incidencia tan elevada de dichas enfermedades.

Enmarcada en el modelo de la Psicología de la Salud, que concibe la salud como un estado de bienestar completo que no se limita únicamente a la presencia o ausencia de enfermedad, sino que trastoca los límites de un cúmulo de variables sociales, psicológicas y emocionales (OMS, 2005), la presente investigación toma en consideración la relevancia e incidencia del estrés, el afrontamiento y el apego dentro del estudio de las ECV. Así mismo, se mantiene fiel a los principios de la psicocardiología, la cual busca detectar e intervenir sobre los múltiples factores psicosociales que representan un riesgo coronario e influyen en el desarrollo de la enfermedad, el mantenimiento, la rehabilitación y todos aquellos procedimientos relacionados (Rodríguez, 2010).

En este sentido, la presente investigación contempla un enfoque primario y preventivo ya que su fin último es encontrar formas de relación entre variables que pueden afectar o modular el proceso de enfermedad, de tal forma que sea posible realizar en un futuro intervenciones más específicas y focalizadas tempranamente. Se estudian dos factores fundamentales ampliamente abordados en las ECV, tales como lo son el estrés definido por Lazarus y Folkman (1984), como el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno considerado como amenazante o desbordante de los recursos, poniendo en riesgo su bienestar, y el afrontamiento, referido a los esfuerzos cognitivo-conductuales que varían y se desarrollan para manejar las exigencias del entorno (Lazarus y Folkman, 1984).

A su vez se introduce un concepto novedoso dentro del área de la psicocardiología pero que guarda una estrecha relación con el desarrollo de estrategias de afrontamiento y potencia los efectos benéficos o desfavorables del estrés, tal como lo describen Lemos

(2015) y Gerber (2015) quienes consideran que el apego cumple una función protectora entre las demandas internas y externas que se implican en el desarrollo de habilidades de autorregulación en respuestas fisiológicas, cognitivas y comportamentales.

La gama de investigaciones consultadas que han estudiado el rol de estas variables en el ambiente familiar y el papel que juegan en la aparición y mantenimiento de la enfermedad, permiten observar cómo el apego media las diversas estrategias de afrontamiento, y a su vez, cómo el estrés varía según los estilos de apego. La evidencia hallada demuestra que existe una relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en la aparición y mantenimiento de una gran variedad de condiciones mórbidas.

Como se pudo observar anteriormente, autores como Orellano (2015) y Kearney (2016) encontraron relaciones significativas entre estas variables. Así mismo, otros autores que han estudiado la misma relación, proporcionaron un modelo para el estudio del estrés, el afrontamiento y el apego, como por ejemplo Licona, López y Del Castillo (2015), quienes vincularon dicha tríada en cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica a través de un estudio correlacional. Estos autores encontraron que existe una relación significativa entre los niveles de estrés y un estilo de apego inseguro, mientras que aquellos con un estilo de apego seguro presentaban menores niveles de estrés, lo que concuerda en gran medida con los planteamientos de Bowlby, Hazan y Ainsworth, (1987; 1983; 1978 c.p. Gerber, 2015; Celdrán, 2016), quienes describen que a través de sistemas de exploración, experiencias de miedo y búsqueda de afiliación, el niño aprende herramientas que le permiten superar situaciones estresantes gracias a la creencia de que la figura de apego está presente para suministrar protección, cercanía y afecto, como una figura de apoyo emocional (Kristic, 2014).

Sin embargo, a pesar de que existe evidencia que vincula el estrés, el afrontamiento y el apego y cómo están interactuando dichas variables en el surgimiento y mantenimiento de algunas enfermedades como el cáncer, no se han conseguido en la literatura estudios relevantes que las relacionen dentro de los procesos de salud y enfermedad de pacientes con ECV. Este factor cobra relevancia cuando se observa el impacto de las ECV dentro del ámbito de la salud mundial, al pensar que tan solo hace menos de 50 años las cardiopatías sólo representaban entre el 10% y el 15% de las muertes a nivel mundial, mientras que hoy en día la estimación de muertes por esta causa,

supera los 25 millones de personas para el año 2020 (Rodríguez, 2010, OMS 2017a; 2017b). Por este motivo, se hace necesario abordar prontamente las variables que puedan funcionar como protectoras y así prevenir desde la infancia el padecimiento de una cardiopatía.

Tomando en cuenta que en Venezuela las ECV son una de las principales causas de muerte, las cuales afectan aproximadamente al 30% de los hombres y al 28% de las mujeres (OPS, 2014), pese a que no se han realizado estudios sobre los tipos de apego más significativos en Venezuela, las investigaciones apuntan a que existe una gran variación entre los estilos de apego seguro e inseguro en el país sin que exista una prevalencia significativa entre unos y otros, aunque las condiciones de pobreza parecen estar asociadas a estilos de apego inseguro (Gerber, 2015).

Así mismo, en los últimos años el índice de estrés ha aumentado exponencialmente debido a la actual tensión de crisis socio-política, lo cual ha generado una alteración en la salud general y el comportamiento de los venezolanos, potenciando los efectos negativos de dicha variable. El alto costo de la vida, la escasez de medicamentos, la falta de servicios básicos, entre otros aspectos que aquejan a la población, afectan significativamente a aquellos pacientes que ya padecen la ECV (Chomiak, 2018). En una situación como la que atraviesa el país, los psicólogos y especialistas en la salud se ven obligados a reforzar y redoblar esfuerzos para comprender los procesos psico-emocionales y comportamentales implicados en la salud.

Sin embargo, hasta hoy en Venezuela, Latinoamérica y el mundo, han sido escasas las investigaciones que vinculen al estrés con las ECV, más allá de solo posicionarlo como un factor de riesgo, así como tampoco se ha comentado sobre el papel que ejercen el estrés, el afrontamiento y el apego en la aparición y mantenimiento de las ECV. Por ello, la presente investigación enmarcada en el área de la Psicología de la Salud busca responder la siguiente interrogante *¿cómo se relacionan el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con ECV?*

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Evaluar la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con ECV.

4.2. Objetivos Específicos

- Examinar los niveles de estrés en pacientes con ECV.
- Identificar los estilos de apego en pacientes con ECV.
- Especificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con ECV.
- Analizar la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con ECV.

V. MÉTODO

5.1. Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo correlacional debido a que se busca conocer la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con ECV. Para Hernández, Fernández y Baptista (2014) la investigación correlacional “tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto particular” (p. 93).

En este sentido, la utilidad de este tipo de estudios radica en saber cómo se relacionan diversas variables o conceptos buscando predecir los valores que tomarán un grupo determinado de variables o individuos partiendo del valor que tienen cada una por separado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

5.2. Diseño de Investigación

La investigación se enmarca en un diseño no experimental, transeccional, de campo. Según Arias (2012), la investigación de campo "es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes” (p. 31).

5.3. Variables

5.3.1. Estrés

5.3.1.1. Definición teórica

Para fines de la presente investigación se tomará la definición brindada por Lazarus y Folkman (1984) quienes distinguen el concepto dentro de la psicología como el estrés psicológico definiendo este como el resultado de “una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (pp. 43).

5.3.1.2. Definición operacional

Los puntajes obtenidos a través de la *Escala de Estrés Percibido (EEP-14)* de Cohen, Kamarak y Mermelstein publicada en 1983, en su versión adaptada al español por Remor y Carrobles en 2001. Es autoaplicable y cuenta con 14 ítems que miden el nivel de estrés percibido en el último mes a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que va del 0 al 4, donde 0 es nunca y 4 muy a menudo (Remor, 2006) (Anexo 1).

5.3.2. Afrontamiento

5.3.2.1. Definición teórica

Para los fines de esta investigación se expone el concepto de afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984) quienes lo definen como "... aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (pp. 164).

5.3.2.2. Definición operacional

Los puntajes obtenidos a través del *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)* de Sandín y Chorot publicado en 2002. Es un instrumento autoaplicable que cuenta con 42 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 4 puntos que indica la frecuencia con la cual se utilizan respuestas de afrontamiento ante situaciones estresantes (Sandín y Chorot, 2003) (Anexo 2).

5.3.3. Apego

5.3.3.1. Definición teórica

Para los fines de esta investigación se toma el concepto propuesto por Garrido et. al. (2015), quienes lo definen como una "tendencia estable de un ser humano de hacer esfuerzos sustanciales para buscar y mantener proximidad y contacto con uno o unos

pocos individuos específicos, quienes proveen el potencial subjetivo para la seguridad y protección física y/o psicológica” (p. 286).

5.3.3.2. Definición operacional

Los puntajes obtenidos a través del *Cuestionario de Apego Adulto sobre Relaciones (RQ)* en la versión adaptada al español por Bartholomew y Horowitz (1991, c.p. Echeverría y Auvert, 2007) validada posteriormente para la población venezolana por Echeverría y Auvert en 2007. El cuestionario cuenta con 4 ítems redactados en forma de párrafo que dan cuenta de diversos estilos de apego. Tiene una opción de respuesta de escala tipo Likert de 6 puntos, donde 1 corresponde a “nada parecido a mí” y 6 “totalmente parecido a mí” (Anexo 3).

5.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por 60 pacientes con ECV, con un tiempo de diagnóstico mayor a un mes que asistieron a la consulta en el Servicio de Cardiología del Hospital Vargas de Caracas durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2019. No habían sido sometidos a hospitalización o cirugía durante el último mes ni participaban, para el momento de la entrevista, en el Programa de Rehabilitación Cardiovascular. Su participación en la investigación fue de carácter voluntario.

El tipo de muestreo implementado fue no probabilístico propositivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Kerlinger y Lee, 2002). La muestra se apego a criterios de inclusión y exclusión (tiempo de diagnóstico, lugar de residencia, edad, padecimiento de enfermedades crónicas tipo cáncer y lupus, embarazos, pertenencia al programa de rehabilitación cardiovascular para el momento de la entrevista y hospitalizaciones recientes).

La distribución de la muestra en función del sexo fue de 29 hombres (48,3%) y 31 mujeres (51,7%) con edades comprendidas entre 30 y 85 años ($\bar{X} = 63,8$ $DE = 10,8$). De ellas el 70% procedían del Distrito Capital (Caracas) mientras que el 30% del interior del país. De acuerdo con el nivel de instrucción un 23,3% de la muestra era Universitario; 21,7% Bachiller y un 18,3 % había culminado la primaria.

En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra según características socioeconómicas y otras variables, tales como los factores de riesgo y enfermedades comórbidas.

Tabla 1.

Distribución muestral según características sociodemográficas y comorbilidades

	Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	29	48,3
	Femenino	31	51,7
Grado de Instrucción	Universitario Completo	14	23,3
	Técnico Universitario	6	10,0
	Universitario Incompleto	2	3,3
	Bachillerato Completo	13	21,7
	Bachillerato Incompleto	9	15,0
	Primaria Completa	11	18,3
	Primaria Incompleta	4	6,7
Edad	Analfabeta	1	1,7
	30-40	2	3,33
	41-50	5	8,3
	51-60	15	25,0
	61-70	21	35,0
	71-80	15	25,0
Procedencia	81-85	2	3,33
	Distrito Capital (Caracas)	42	70
Factores de Riesgo	Interior del País	18	30
	Tabaquismo Activo	3	5
	Tabaquismo Cesante	15	25
	Drogadicción Activa	0	0
	Drogadicción Cesante	0	0
	Alcoholismo Activo	0	0
	Alcoholismo Cesante	0	0
Ninguno	42	70	
Enfermedades Comórbidas	Cáncer en Remisión	3	5
	DM-II	15	25
	Hipertiroidismo	3	5
	Enfermedades Mentales	5	8,7
	Ninguna	34	56,7

En cuanto a los factores de riesgo como alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, y las enfermedades comórbidas, la muestra se distribuyó de la siguiente manera: el 70% no reportó ningún tipo de consumo de alcohol, tabaco o drogas; no obstante, 5% de los entrevistados presentaba tabaquismo activo, mientras que el 25% había padecido de tabaquismo y en la actualidad se encontraban cesantes. En cuanto a las comorbilidades, el 25% padecía de DM-II, 5% hipertiroidismo y 5% cáncer en remisión, mientras que el 8,7% padecían diversas enfermedades como asma, alergias varias, enfermedades mentales, epilepsia y/o gastritis.

Por otra parte, en cuanto a la distribución y presencia de ECV, se observó que el 45% de los participantes padecían de hipertensión sin la presencia de otro diagnóstico cardiovascular; 16,7% padecían de hipertensión y Enfermedad Arterial Coronaria (EAC), y 11,7% eran hipertensos y habían tenido al menos un infarto. Entre los casos de enfermedades atípicas se encuentra un paciente con *Takotsubo* y un paciente con Síndrome X e hipertensión. El 31,7% de la muestra tenía un tiempo de diagnóstico mayor a 10 años, mientras que el 11,7% variaba de 1 a 6 meses. En la Tabla 2 se presenta la frecuencia de incidencia de ECV y tiempo de diagnóstico.

Tabla 2

Distribución muestral según el tipo de ECV y el tiempo de diagnóstico

	Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tipo de ECV	Hipertensión	27	45,0
	Infarto	2	3,3
	EAC ¹	2	3,3
	EV ²	2	3,3
	Takotsubo	1	1,7
	Hipertensión, Infarto	7	11,7
	Hipertensión, EV	2	3,3
	Hipertensión, EAC	10	16,7
	Hipertensión, Arritmia	2	3,3
	Hipertensión, CI ³	1	1,7
	Hipertensión, Síndrome X	1	1,7
	Infarto, EAC	1	1,7
	Infarto, CI	1	1,7
	Infarto, Arteriopatía	1	1,7
Tiempo de Dx. ECV	De 1 a 6 meses	7	11,7
	De 6 meses a 1 año	4	6,7
	De 1 a 5 años	14	23,3
	De 5 a 10 años	16	26,7
	Mayor a 10 años	19	31,7

NOTA: ¹ Enfermedad Arterial Coronaria, ² Enfermedad Vascular., ³ Cardiopatía Isquémica.

5.5. Instrumentos

5.5.1. Escala de estrés percibido (EEP-14)

La *Escala de Estrés Percibido* o *EEP-14* basada en la teoría transaccional del estrés, fue creada por Cohen, Kamarak y Mermelstein en 1983 y adaptada al español por Remor y Carrobles en 2001. Es una escala autoaplicable, constituida por 14 ítems con 5 opciones de respuesta de tipo Likert, donde 0 es nunca y 4 muy a menudo (Remor, 2006). El instrumento evalúa el nivel de estrés que el sujeto ha percibido durante el último mes. El puntaje total se obtiene al invertir los puntos de los reactivos 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y sumar los 14 ítems totales, entonces a mayor puntuación mayor es el nivel de estrés percibido. La puntuación va de 0 a 54 puntos (Remor, 2006).

En su versión adaptada al español, Remor (2006) obtuvo una consistencia interna de $\alpha=0,81$ con alta validez y sensibilidad, lo que lo convierte en un instrumento adecuado

para la medición del estrés. Sin embargo, es importante resaltar que no existe una adaptación o validación del cuestionario a la población venezolana.

Los estudios de confiabilidad realizados en Venezuela fueron llevados a cabo por Benítez, D'Anello y Geohanna (2013), quienes validaron el instrumento para medir estrés laboral. Los autores encontraron que la escala cuenta con una consistencia interna de $\alpha=0,95$. Adicionalmente realizaron una adaptación a la población venezolana eliminando el ítem número 12 ya que carecía de consistencia interna, quedando una versión reducida a 13 ítems para la medición del estrés laboral.

5.5.2. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)

El *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés o CAE*, basado en la teoría transaccional del estrés, fue creado por Sandín y Chorot y publicado en 2002. Es un instrumento autoaplicable que está constituido por 42 ítems, con 4 opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 4 puntos, donde 0 es Nunca y 4 es Casi Siempre indicando la frecuencia con la que utilizan respuestas de afrontamiento ante una situación estresante (Sandín y Chorot, 2003).

El CAE está diseñado para evaluar 7 formas de respuestas al afrontamiento descritas por Sandín y Chorot (2003) como *Focalización en la solución del problema*, *Autofocalización negativa*, *Reevaluación positiva*, *Expresión emocional abierta*, *Evitación*, *Búsqueda de apoyo social* y *Religión*. De esta manera, el instrumento permite distinguir cuatro respuestas de afrontamiento adaptativo y tres respuestas de afrontamiento inadaptativo. Para obtener los resultados se debe sumar cada ítem y clasificar la frecuencia de respuestas en baja (de 0 a 6 puntos), media (de 7 a 18 puntos) y alta (de 19 a 24 puntos). Así mismo, para identificar cada dimensión se suman los puntajes de diversos grupos de ítems tal como se observa en la Tabla 3, y se organiza por estrategia con mayor frecuencia de utilización.

Tabla 3

Plantilla para la corrección por dimensión del CAE. Extraído de Sandín y Chorot (2003, p. 53).

Dimensiones	Ítems
Focalizado en la Solución del Problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36
Autofocalización Negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30, 37
Reevaluación Positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31, 38
Expresión Emocional Abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32, 39
Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33, 40
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34, 41
Religión (RLG)	7, 14, 21, 28, 35, 42

En sus estudios preliminares el cuestionario obtuvo altos puntajes de fiabilidad ($\alpha=0,79$), lo que lo convierte en un instrumento confiable (Sandín y Chorot, 2003). Sin embargo, no se han encontrado validaciones del cuestionario en la población venezolana a pesar de ser ampliamente utilizado en las investigaciones realizadas en el país para medir afrontamiento al estrés académico, laboral y situaciones de riesgo como enfermedades crónicas y renales.

5.5.3. Cuestionario de apego adulto sobre relaciones (RQ)

Bartholomew y Horowitz en 1991, elaboraron el *Cuestionario de Apego Adulto sobre Relaciones*, RQ por sus siglas en inglés (*Relationship Questionnaire*). Fue realizado con base en la escala de Apego Adulto de Hazan y Shaver publicada en 1987. Está constituido por cuatro ítems redactados en forma de párrafos que dan cuenta de cuatro tipos de apego adulto, siendo los ítems A y B representativos de estilos de apego seguro y evitativo y los C y D estilos temeroso y preocupado (Echeverría y Auvert, 2007).

Las puntuaciones del cuestionario comprenden seis opciones de respuesta en una escala tipo Likert de 6 puntos, donde 1 corresponde a “nada parecido a mí” y 6 “totalmente parecido a mí”. En la segunda parte el participante selecciona el ítem con el que se siente más identificado. Es autoaplicable y no tiene tiempo limitado para ser respondido (Echeverría y Auvert, 2007).

Según Yáñez-Yaven y Camino (2011) cada parte del cuestionario tiene una forma específica de corrección, aunque ambas categoriales indican el tipo de apego y el grado de seguridad percibido dentro de la relación. En este sentido, la primera parte del cuestionario indica el nivel de seguridad percibido. Se corrige tomando en cuenta los puntajes obtenidos en los cuatro párrafos; de esta forma, los puntajes máximos son indicativos de un alto nivel de seguridad. Cuando se obtienen puntajes altos tanto en los ítems que indican un estilo de apego seguro como en aquellos que indican un estilo de apego inseguro, el evaluador deberá clasificar al evaluado con un bajo nivel de seguridad o inseguro. Por otra parte, la segunda forma de evaluación toma en cuenta la identificación del sujeto con los ítems; en este caso sólo se toma en cuenta el ítem “*De los párrafos anteriores, seleccione con una X el que más se parezca a usted*” (Yáñez-Yaven y Camino, 2011).

El cuestionario tiene una alta consistencia interna ($\alpha=0,88$) (Echeverría y Auvert, 2007; Yáñez-Yaven y Camino, 2011). En cuanto a la validación venezolana realizada por Echeverría y Auvert (2007), se encontraron algunas dificultades en la redacción de los ítems para poblaciones jóvenes pero cuenta con validez de expertos y correlaciones moderadas al compararlo con otros instrumentos. Pese a la limitación de la validez en la población venezolana, el RQ es uno de los mejores cuestionarios para medir el apego en adultos (Echeverría y Auvert, 2007).

5.6. Procedimiento

Inicialmente se procedió a realizar el contacto institucional con el Hospital Vargas de Caracas. Se presentó una solicitud de autorización para la recolección de datos en pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología, la cual fue presentada ante el Comité de Bioética y el Jefe de Servicio de Cardiología; se explicaron los objetivos de la investigación, se describieron los instrumentos a utilizar y el cuidado ético del trabajo (Anexo 4).

Una vez obtenida la autorización por parte de las autoridades del Hospital Vargas (Anexo 5), se inició el trabajo de campo, atendiendo a la disponibilidad del personal médico-asistencial de la institución y del espacio físico requerido para la administración

de los instrumentos. En conversaciones previas con el Coordinador del Servicio de Cardiología se estableció que la sala de espera del servicio se usaría con el propósito de entrevistar o de administrar tanto el consentimiento informado (Anexo 6) como los cuestionarios a los pacientes. Sin embargo, en el momento de la aplicación debido a las condiciones de ruido e iluminación, en común acuerdo con la médico encargada de Prueba de Esfuerzo, se dispuso del espacio donde se hace la misma, el cual consistía en dos ambientes separados por un parabán, se utilizó el primer ambiente donde se contaba con un escritorio y tres sillas cómodas; iluminación artificial de luz blanca, carente de mobiliario llamativo que pudiera distraer al paciente. Se contaba con aire acondicionado, pero fue imposible controlar el ruido ambiental producido por el mismo y debido a las condiciones del hospital tampoco fue posible realizar un adecuado control de la entrada y salida del personal médico y de enfermería al consultorio en el momento de recabar la información.

Los instrumentos seleccionados para la recolección de datos, contaban con la ventaja de ser autoaplicables por lo que se podía encuestar a varias personas a la vez, reduciendo la necesidad de contar con varios encuestadores. Sin embargo, en muchos de los casos fue necesario realizar la encuesta de forma individual, ya que en las aplicaciones grupales los pacientes solían distraerse; así mismo, en su mayoría los pacientes reportaban dificultad para leer debido a la necesidad de lentes de lectura o cansancio en general.

El análisis de la información se llevó a cabo con los datos obtenidos a partir de la administración de los instrumentos para la medición del estrés -EEP 14- (Remor, 2006), del afrontamiento -CAE- (Sandín y Chorot, 2003) y del apego -RQ- (Echeverría y Auvert, 2007). Los mismos fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS® versión 24.

Por otra parte, es importante resaltar que la presente investigación cumplió a cabalidad con los siguientes artículos del Código de Ética para el Profesional de la Psicología en Venezuela (Federación de Psicólogos de Venezuela, 1981):

Artículo 57 (apartados a, b y c), donde se estipula que los participantes expresarán su consentimiento o no a participar por escrito a través de un consentimiento informado que se encontraba en el borde inferior del cuestionario en forma de planilla desprendible

(Anexo 6). Así mismo, cada participante estuvo en libertad de suspender la entrevista en el momento que lo decidiera y poseía suficiente información sobre los motivos de la investigación. También se cumplió con el Artículo 60: se garantizará el anonimato de los participantes en todo momento.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente apartado se presentan los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de investigación planteados para este estudio.

a) Examinar los niveles de estrés en pacientes con ECV.

En cuanto a los niveles de estrés reportados por los pacientes con ECV, se calculó el puntaje total obtenido por los participantes en la EEP-14. Los puntajes teóricos arrojados por la EEP-14 van de 0 a 54 puntos, indicando que a mayor puntaje mayor es el nivel de estrés percibido. Tal como se observa en la Tabla 4, los puntajes obtenidos por los pacientes van de 14 puntos hasta 50, teniendo una media de 25,78 y una desviación estándar de 6,29, lo cual indica que los pacientes en general presentan niveles moderados de estrés.

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos para los niveles de estrés reportados por la muestra de pacientes con ECV

Variable	Mínimo	Máximo	Media	DT
<i>Estrés</i>	14	50	25,78	6,29

Los puntajes de estrés moderado, pueden indicar un nivel de activación positivo en el organismo tal como lo indica Fernández (2009), quien expone que algunas demandas físicas y psicológicas pueden ser beneficiosas para mantener un nivel de activación simpática positivo que movilizará al individuo a sostener un ritmo de vida energético para responder adecuadamente a las demandas del entorno. Sin embargo, el problema del estrés radica cuando dichas demandas desbordan las capacidades del individuo, tal como lo expresan Lazarus y Folkman (1984).

Si se observa el comportamiento de los participantes a la luz de la EEP-14, se puede vislumbrar que estos niveles moderados de estrés se encuentran vinculados con una alta percepción de control sobre las variables ambientales que pueden ser evaluadas como amenazantes, sin embargo, los participantes parecen apuntar a una percepción

positiva del estrés, es decir, que corresponde con la noción expuesta por Fernández (2009).

Para enriquecer este análisis, se procedió a evaluar la respuesta de los pacientes a cada ítem en términos del porcentaje de escogencia de las opciones de respuesta que provee la EEP-14. Específicamente, en el Figura 1 se representa el porcentaje de respuestas arrojado en los ítems 3, 5, 6, 12 y 13. Estos ítems se refieren por una parte a la percepción de control-afrentamiento (5: “*En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?*”, 6: “*En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?*”, 13 “*En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?*”) y por otra, a la percepción del estrés como amenaza (3: “*En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?*”, 12: “*En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?*”). Se puede observar cómo los participantes respondían aquellos ítems sobre control-afrentamiento indicando una mayor sensación de control y a su vez en los ítems sobre percepción del estrés como amenaza, indican la ausencia de la misma.

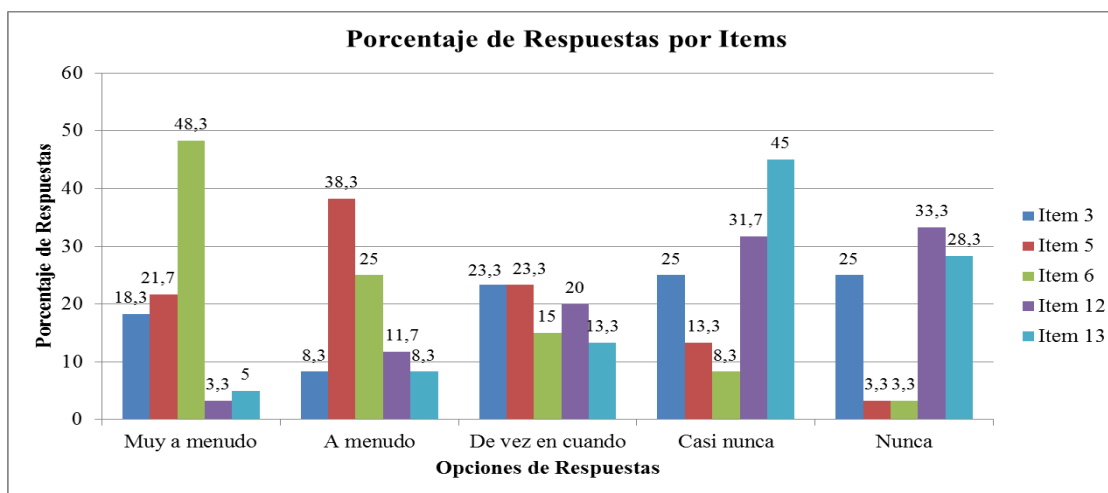


Figura 1. Porcentaje de respuesta por ítems con mayor índice de respuesta extrema en la EEP-14

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Díaz y Spencer (2017); Licona, López y Del Castillo (2015), quienes encontraron niveles moderados de estrés en su

muestra. Sin embargo, estos autores no trataron pacientes con ECV. Los resultados obtenidos en esta investigación discrepan de los hallados por Rodríguez et al. (2018) quienes encontraron niveles altos de estrés en su muestra de pacientes hipertensos. Esta discrepancia puede ser explicada por el uso de las estrategias de afrontamiento que serán descritas más adelante.

Es importante señalar que los niveles de estrés encontrados en esta muestra, no necesariamente se hallan vinculados al padecimiento de la ECV, tal como lo han expuesto algunos autores como Rodríguez et al. (2018), Orellano (2015) y Stapleton, Woodcroft-Brown y Chatwin (2016). Estos niveles de estrés se encuentran mejor explicados por las condiciones sociales, políticas y económicas por las que atraviesan los venezolanos.

Tal como lo exponen Díaz y Spencer (2017) y Chomiak (2018), las condiciones externas a la enfermedad cobran una relevancia significativa en los pacientes y familiares. Situaciones como el alto costo de la vida diaria, la escasez de alimentos y medicamentos, la falta de servicios básicos, la inseguridad y los constantes conflictos políticos contundentemente influyen en la forma en la que el paciente cardiovascular vivencia su proceso de salud-enfermedad, cobrando mayor relevancia la noción de salud propuesta por la OMS (2005) como un estado que va más allá de la ausencia o padecimiento de enfermedad.

Ante esto, durante la realización de la investigación se pudo evidenciar cómo los pacientes reportaban al momento de responder la EEP-14 que a pesar de sentirse bajo control y con la capacidad para responder positivamente siempre ante las situaciones demandantes del entorno, la crisis socio-política y económica del país solía deprimirlos y generarles en ocasiones la sensación de perder el control, la fe y la esperanza de mejorar su situación de salud, debido a la imposibilidad para adquirir medicamentos y mantener sus dietas.

b) Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con ECV.

En cuanto a los estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes se describen tres modalidades de uso: *baja*, con puntajes teóricos de 0 a 6 puntos; *moderada*, con

puntajes de 7 a 18 puntos y *alta* con puntajes de 19 a 24. Como se puede observar en la Tabla 5 las estrategias de afrontamiento se describen de la siguiente forma:

La *Focalización en Solución de Problemas (FSP)* con un puntaje teórico de 0 a 24 (\bar{X} =16; DT= 4,95); la *Autofocalización Negativa (AFN)* con un puntaje teórico de 1 a 17 (\bar{X} =7,62; DT= 3,70); la *Reevaluación Positiva (REP)* con un puntaje teórico de 4 a 22 (\bar{X} =14,83; DT= 3,59); la *Evitación (EVT)* con un puntaje teórico de 0 a 22 (\bar{X} =9,23; DT= 4,67); la *Búsqueda de Apoyo Social (BAS)* con un puntaje teórico de 0 a 24 (\bar{X} = 0,87; DT= 6,09) y la *Religión (RLG)* con un puntaje teórico de 0 a 24 (\bar{X} =12,07; DT= 6), presentan una frecuencia de utilización moderada como estrategias de afrontamiento ante situaciones percibidas como estresantes por los pacientes con ECV.

Por otra parte, la *Expresión Emocional Abierta (EEA)*, con un puntaje teórico de 0 a 19 (\bar{X} =6,40, DT= 4,31) es la única estrategia de afrontamiento que obtuvo una frecuencia de utilización baja en la muestra de pacientes con ECV.

Tabla 5.

Estadísticos Descriptivos para las Estrategias de Afrontamiento

	Rango	Media	DT
<i>FSP</i>	0-24	16,10	4,95
<i>AFN</i>	1-17	7,62	3,70
<i>REP</i>	4-22	14,83	3,59
<i>EEA</i>	0-19	6,40	4,31
<i>EVT</i>	0-22	9,23	4,67
<i>BAS</i>	0-24	10,87	6,09
<i>RLG</i>	0-24	12,07	6

Tal como se puede observar, los resultados parecen apuntar a un uso combinado de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y el problema por igual. Cobra relevancia el uso de estrategias como la Focalización en Solución de Problemas (FSP), la Reevaluación Positiva (REP), la Religión (RLG) y la Búsqueda de Apoyo Social (BAS), ya que según la literatura y los hallazgos encontrados por diversos investigadores como Rodríguez et al. (2018); Licona, López y Del Castillo (2015); Díaz y Spencer (2017);

Valero-Moreno, Barreto-Martin y Pérez-Marín (2016); Núñez y Castillo, (2017); Reveté (2017), el uso de este tipo de estrategias tiene un efecto protector sobre el individuo. Este tipo de estrategias son consideradas por Sandín y Chorot (2003) como una de las estrategias de afrontamiento más positivas.

Sin embargo, también se presentan estrategias como la Evitación (EVT) y la Autofocalización Negativa (AFN) con una frecuencia moderada de utilización. Este tipo de estrategias suelen aumentar el grado de desequilibrio emocional que puede experimentar el paciente. Lazarus y Folkman (1986) exponen que algunas personas bajo ciertas situaciones como la enfermedad, requieren el uso de este tipo de estrategias ya que “algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para luego expresar el autorreproche o cualquier otra forma de autocastigo” (p. 173).

Este tipo de comportamiento, pudo observarse de forma sistemática en algunos integrantes de la muestra. Además, los médicos tratantes reportaban en diversas ocasiones que los pacientes suelen evitar mantener el control sobre su enfermedad relegando a otros la responsabilidad de su condición médica al mismo tiempo que se preguntan la razón por la cual la enfermedad va empeorando.

Incluso se pudo observar cómo algunas estrategias favorecedoras podían ser solapadas con el uso de la Evitación (EVT), tal como en el caso de la Religión (RLG). Esto se evidenció en algunos reportes verbales de los pacientes que acostumbraban a decir frases como “Dios va a curarme”, “No pienso en este problema porque todo está en manos de Dios”, “No puedo seguir la dieta ni comprar las medicinas pero no me preocupo, ya Dios resolverá”.

c) Identificar los estilos de apego en pacientes con ECV.

El estilo de apego descrito en el RQ comprende dos dimensiones: la primera es la seguridad percibida y la segunda es la identificación del estilo de apego. En la Tabla 6 se presentan las frecuencias obtenidas para la variable según sus dimensiones. Los datos muestran que el 51,7% de los pacientes presenta un alto nivel de seguridad percibido correspondiendo con un estilo de apego seguro; mientras que el 48,3% de los pacientes

muestra un bajo nivel de seguridad percibida, por lo que se ubican dentro de los estilos de apego inseguro.

En concordancia con los datos arrojados sobre el nivel de seguridad percibida de los participantes se observa que el 55% se identifica con un estilo de apego seguro; 10% con un estilo evitativo; 15% con un estilo temeroso y el 20% con un estilo de apego preocupado.

Tabla 6.

Frecuencia del nivel de seguridad percibido (NS) y de los estilos de apego (EA) en la muestra de pacientes con ECV

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
NS	<i>Seguro</i>	31	51,7
	<i>Inseguro</i>	29	48,3
EA	<i>Seguro (AS)</i>	33	55
	<i>Evitativo (AE)</i>	6	10
	<i>Temeroso (AT)</i>	9	15
	<i>Preocupado (AP)</i>	12	20

Los resultados encontrados en este estudio guardan relación con los datos arrojados en el estudio de López y Del Castillo (2015), quienes encontraron que cuidadores primarios de pacientes con IRC del IMSS Hidalgo, presentaban en su mayoría estilos de apego seguro. Estos resultados también fueron similares en el estudio realizado por Díaz y Spencer (2017) en una muestra de cuidadores.

Llama la atención que los estilos de apego seguro prevalezcan en la muestra de pacientes con ECV en porcentajes relativamente similares a la muestra manejada por López y Del Castillo (2015), Díaz y Spencer (2017), ya que en la mayoría de las investigaciones que vinculaban el apego con algún tipo de enfermedad o factor de riesgo presentan estilos de apego inseguro en cualquiera de sus variantes.

Por ejemplo, Soto et al. (2017) encontraron en su muestra que el 40% de las personas presentan un estilo de apego inseguro; Ochoa, Bermúdez y Paredes (2016) reportaron que el 85,2% de los participantes tenía un estilo de apego preocupado y en el estudio de Gómez et al. (2018) mayor cantidad de sujetos tenía un estilo inseguro. Sin embargo, pese a la disparidad entre los resultados se puede evidenciar cómo los estilos de

apego inseguro representan igualmente un número importante de la muestra de pacientes con ECV.

d) Evaluar la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con ECV.

Sobre la evaluación de la relación entre el estrés, el afrontamiento y el apego en pacientes con ECV, tal como puede observarse en la Tabla 7, con un nivel de confianza de 99% ($p = 0,01$) se encontró una correlación alta, negativa y significativa entre los Niveles de Seguridad (NS) y los estilos de apego (EA): Evitativo (AE) ($r = -0,526$); Temeroso (AT) ($r = -0,520$) y Preocupado (AP) ($r = -0,759$). Estos datos indican que a mayor nivel de seguridad, menor es la posibilidad de que el paciente presente un estilo de apego de tipo evitativo, temeroso o preocupado.

Esta correlación describe cómo la sensación de seguridad percibida por los pacientes, presenta una relación directa con el apego, el cual se fundamenta en el establecimiento de entornos y límites seguros en cuanto a la búsqueda de afecto y protección; razón por la cual aquellas personas que presentan estilos de apego inseguro tienden a establecer relaciones basadas en la desconfianza, el miedo y la inseguridad presentando patrones de comportamiento dependientes o evitativos que pueden derivar en el padecimiento de una enfermedad y a su vez en el agravamiento de la misma (Gerber, 2015; Celdrán, 2016; Galán, 2016; Garrido et al., 2015; Arias, 2015; Alonso, Fontanil y Ezama, 2016).

Se presenta una correlación positiva y significativa entre el apego Preocupado y Evitativo ($r=0,472$), y el apego Temeroso ($r=0,523$), lo cual indica que a un estilo de apego evitativo está vinculado con un estilo de apego preocupado. Esto puede sugerir un déficit en el planteamiento de múltiples estilos de apego inseguro, por lo que se corroboraría el planteamiento inicial de Bowlby (1987 c.p. Gerber, 2015), quien en sus primeros trabajos sobre apego solía plantear la variable en términos dicotómicos, si hay o no hay apego, y si es o no seguro.

En cuanto al estilo de AS, con un nivel de confianza de 95% ($p=0,05$), se observó una correlación positiva y significativa con el uso de la FSP ($r = 0,289$), esta misma estrategia también correlaciona de forma positiva y significativa con el nivel de

seguridad. Esto quiere decir que el apego seguro (AS) y un mayor nivel de seguridad, se relacionan con el uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la solución del problema (FSP). También se encontró que esta estrategia correlaciona negativa y significativamente con el estrés ($r = -0,290$), es decir, que a mayor uso de FSP se presentan menores niveles de estrés y viceversa, a mayores niveles de estrés menor uso de FSP.

Esto lleva a inferir que existe una relación entre el apego, el afrontamiento y el estrés, es decir, que un paciente con bajo nivel de seguridad y un estilo de apego inseguro (evitativo, temeroso o preocupado), utilizará en menor medida la estrategia de FSP y tendrá mayores niveles de estrés. Contrariamente, los pacientes con un mayor nivel de seguridad y un estilo de apego seguro, utilizarán en mayor medida la estrategia de FSP y tendrán menores niveles de estrés.

Lo encontrado hasta el momento, coincide con el estudio realizado por Licona, López y Del Castillo (2015), quienes hallaron que existe una relación significativa entre los niveles de estrés y los estilos de apego inseguro, tanto evitativo como ansioso. Asimismo, hallaron una relación positiva y significativa entre estilo de apego seguro y el uso de FSP, lo cual coincide con lo encontrado en la presente investigación.

Igualmente, Díaz y Spencer (2017) aseguran que los estilos de apego inseguro están asociados con un mayor nivel de estrés, mientras que el apego seguro se correlaciona con menores niveles de estrés. Sin embargo, describen que no existe una diferencia entre el uso de estrategias basadas en la FSP para los tipos de apego. En ambos casos, estos autores no trabajaron con una muestra de pacientes sino de cuidadores, lo que puede explicar la discrepancia entre los resultados.

Los hallazgos hasta ahora encontrados, pueden ser explicados a la luz de lo expuesto por Pereira et al. (2017), quienes describen que los eventos estresores durante la infancia y la sensación de baja calidez y seguridad, se relacionan con diversos trastornos como la esclerodermia. El tipo de exposición infantil a situaciones de estrés puede interferir en el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas para sobrellevar la enfermedad, por lo que tendrá una incidencia directa a largo plazo en el mantenimiento y prolongación de los síntomas.

Según Lazarus y Folkman (1986) y Galán (2016) en el desarrollo del vínculo afectivo entre madre-hijo, el individuo aprende a resguardarse de las amenazas del entorno. Un mayor nivel de seguridad en la figura de apego permitirá que el individuo desarrolle la capacidad para buscar el resguardo ante el peligro físico o cognitivo, es decir, la capacidad para afrontar estímulos estresantes. De este modo, el apego se configura como factor protector en tanto que permite el desarrollo de estrategias de afrontamiento que regulan la respuesta ante el estrés, tal como lo describen los estudios de Arias (2015); Catalá (2016); De La Nube (2016); Soto et al. (2017) y Gómez, et al. (2018).

Por otra parte, se observó que algunas estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con ECV correlacionaron positivamente con el estrés percibido. Tales estrategias fueron: la expresión emocional abierta (EEA) ($r = 0,284$) y la evitación (EVT) ($r = 0,290$), siendo su relación con el estrés positiva y significativa; es decir, que a mayor uso de la EEA y de la EVT, mayores niveles de estrés. Este punto fue discutido anteriormente al describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con ECV.

Por otra parte, el uso de algunas estrategias como la autofocalización negativa y la evitación, las cuales disminuyen la posibilidad de afrontar efectivamente la situación estresante, presentaron una correlación positiva y significativa ($r = 0,261$) con un nivel de confianza del 95%, es decir, que a mayor uso de autofocalización negativa mayor evitación. Además, se observó una correlación igualmente positiva y significativa entre la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta –EEA- ($r = 0,382$) con un nivel de confianza de 99%. Por tanto, en el presente estudio, se agrega, la EEA como una estrategia ineficiente para disminuir los niveles de estrés.

Estas estrategias fueron descritas por Lazarus y Folkman (1986) como formas inadecuadas de afrontamiento, ya que no permiten al individuo hacerle frente a la situación estresante ni regular de manera apropiada la respuesta emocional. Este tipo de relación se evidencia en la práctica y observación clínica a través de los reportes verbales de los pacientes comentados en el apartado anterior donde se ilustra cómo el uso de EEA forma parte de las estrategias inadecuadas de afrontamiento.

Adicionalmente, se encontró que los pacientes suelen combinar el uso de evitación (EVT) con la reevaluación positiva (REP), es decir, que existe una correlación positiva y significativa entre el uso de la REP y la EVT ($r = 0,257$) con un nivel de confianza de 95%. Este tipo de relación que puede ser contradictoria se puede explicar mejor al observar la correlación positiva y significativa entre la REP y la religión (RLG) ($r = 0,287$). En este cuadro se observa cómo a mayor uso de la REP mayor será el uso de la RLG y la EVT, es decir que los pacientes con ECV que conforman la muestra de este estudio, suelen reevaluar positivamente la situación estresante a través de la religión y esto les permite de una u otra forma evitar o escapar de la situación estresante.

Este tipo de evitación que permite una evaluación positiva de las situaciones estresoras a través del uso de la religión puede verse reflejada en el estudio de Licona, López y Del Castillo (2015) con cuidadores. Así mismo, se puede apreciar en el verbatim de los pacientes cuando describían los ítems asociados al uso de la RLG, como por ejemplo Vb *“Tengo mucha confianza en que Dios podrá sacarnos de esta situación (situación social, política y económica del país) y yo podré encontrar mis medicamentos, por eso yo no me estreso porque Dios proveerá”*.

Dada la forma en la que se presentan las relaciones, es importante destacar que la Evitación, si bien es parte de las estrategias inadecuadas de afrontamiento, tal como se presenta en esta relación, parece servir positivamente a los pacientes. Además, la reevaluación positiva (REP) también se relaciona con la focalización en solución de problemas (FSP), de forma positiva y significativa ($r = 0,577$) con un nivel de confianza de 99%, al mismo tiempo que la FSP correlaciona de igual manera con la búsqueda de apoyo social (BAS) ($r = 0,577$), lo cual indica que a mayor uso de FSP mayor será el uso de REP y BAS.

Estos resultados concuerdan con lo expuesto por diversos autores como Licona, López y Del Castillo (2015); Díaz y Spencer (2017); Valero-Moreno, Barreto-Martin y Pérez-Marín (2016) y Núñez y Castillo (2017), quienes afirman que los pacientes y cuidadores suelen responder con un gran abanico de estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas y la regulación emocional que deriva en un fortalecimiento de las creencias religiosas y la búsqueda de apoyo emocional.

En el mismo orden de ideas, es importante resaltar que tal como se observa en esta muestra de pacientes con ECV, el uso de estrategias orientadas a la solución de problemas, suele ser más efectivo para disminuir los niveles de estrés, mientras que las estrategias orientadas a la regulación emocional como la EVT, la EEA y la AFN son estrategias menos eficientes para afrontar la situación estresante. Esto reafirma lo expuesto por Liconá, López y Del Castillo (2015) quienes comentan que las estrategias que se centran en el problema son más efectivas que aquellas focalizadas únicamente en la emoción. Para ellos, “el afrontamiento de tipo cognitivo y la resolución de problemas están relacionados con un menor nivel de malestar emocional, mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción están asociadas con mayores niveles de malestar psicológico (Liconá, López y Del Castillo, 2015, p. 64).

Es importante mencionar que en la observación clínica del personal de salud una de las doctoras del servicio expresó haber corroborado que los pacientes con ECV suelen utilizar la religión como una estrategia asociada a la evitación que les permite escapar de la responsabilidad sobre la enfermedad: Vb. *“muchos pacientes dicen –Dios se encargará de esta situación y me curaré-, pero ellos no cumplen con la dieta y el tratamiento, Dios podría ayudar pero ¿cómo ayudaría si ellos no siguen las pautas?”*.

Sin embargo, el uso de la religión no se relaciona directamente con las estrategias de evitación pero es posible que su uso como una estrategia asociada a la reevaluación positiva permita mejorar la sensación de pérdida de control sobre la enfermedad asociada con las condiciones sociales, políticas y económicas del país. Lo que sin duda se puede asegurar, es que las estrategias basadas en la focalización en solución de problemas y la reevaluación positiva, permiten a los pacientes con ECV, mejorar las condiciones asociadas a la enfermedad atendiendo a la noción de control observada en las respuestas a la Escala de Estrés Percibido (EEP-14).

Por otra parte, es posible que a pesar de que no existe una relación clara entre el apego y el estrés, el desarrollo de un estilo de apego seguro permite la adquisición de estrategias de afrontamiento más adecuadas para enfrentar la enfermedad. Los resultados apuntan a que el uso de la focalización en solución de problemas (FSP) se orienta a un mejor pronóstico en la disminución de los niveles de estrés; es decir, que el estilo de apego seguro es un factor protector en las ECV.

En este sentido, se tendría que apuntar más allá de la noción que aportan Solís (2016) y Garrido et al. (2015), al afirmar que el apego funciona como un factor protector dentro de las enfermedades mentales como la depresión, ya que además, el apego seguro parece ser también un factor protector de las enfermedades físicas, tal como lo dicen Lemos (2015) y Galán (2016), al señalar que el apego es como una barrera protectora entre las demandas externas y el individuo, expresando que a mayor seguridad mayor será el desarrollo de habilidades para autorregular las respuestas corporales, cognitivas y el comportamiento de los individuos.

Un estilo de *apego seguro* permitirá al paciente un mayor *nivel de seguridad* en la capacidad para enfrentar la situación demandante, poniendo en marcha los recursos de afrontamiento que le permitirán mejorar el pronóstico de la ECV, contrario a lo que ocurrirá con estilos de apego inseguro que podrían llegar a potenciar las consecuencias poco benéficas del estrés asociado con una gran variedad de efectos secundarios implicados en los niveles de carga alostática que derivan en un empeoramiento de las ECV (Soto et. al., 2017; Lemos, 2015).

ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Tabla 7.

Matriz de Correlación entre Estrés, Afrontamiento y Apego

	NS	AS	AE	AT	AP	EEP	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
NS	1	-,050	-,526**	-,520**	-,759**	-,148	,306*	-,117	,149	-,114	,081	,110	-,039
		,705	,000	,000	,000	,259	,017	,373	,257	,387	,539	,404	,768
AS		1	-,030	-,154	-,096	,035	,289*	,038	,031	,029	-,092	-,092	,022
			,818	,240	,467	,788	,025	,771	,814	,824	,484	,482	,865
AE			1	,237	,472**	,039	-,168	,066	-,076	,027	-,020	-,065	-,147
				,069	,000	,770	,201	,614	,562	,840	,878	,624	,263
AT				1	,523**	,081	-,030	,188	,023	,044	,110	,141	,198
					,000	,540	,821	,151	,864	,738	,403	,283	,130
AP					1	,106	-,276*	,205	-,099	,149	-,003	-,149	,069
						,419	,033	,115	,450	,255	,983	,257	,598
EEP						1	-,290*	,255*	-,233	,284*	,290*	-,058	,100
							,024	,050	,073	,028	,024	,659	,449
FSP							1	-,033	,577**	-,087	,076	,365**	,239
								,802	,000	,510	,564	,004	,066
AFN								1	-,134	,382**	,261*	,161	,130
									,308	,003	,044	,220	,321
REP									1	-,126	,257*	,077	,287*
										,337	,048	,561	,026
EEA										1	,251	,099	-,032
											,053	,453	,809
EVT											1	-,195	,251
												,135	,053
BAS												1	,153
													,244
RLG													1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Por último, a pesar de no ser un objetivo de la presente investigación, se realizará un análisis especial de dos casos que debido a su rara incidencia dentro del espectro de las ECV, requieren una mención especial en este estudio. A continuación se analizarán los datos obtenidos por dos pacientes que presentaron el Síndrome X y el Síndrome de Takotsubo.

El primer caso a tratar será la paciente con Síndrome X: se trata de una mujer de 54 años de edad, licenciada en educación preescolar y terapia de lenguaje. Fue diagnosticada 6 meses previos al momento de la entrevista, hipertensa desde hace aproximadamente 5 años, mantiene un control regular de su tensión. Se le diagnostica el Síndrome X luego de que su hermano mayor fuera diagnosticado con cáncer terminal y su hijo emigrara del país. La paciente es cuidadora principal de su madre, una mujer hipertensa y con una neuropatía diabética y un padre mayor de 85 años quien también se encuentra enfermo.

En cuanto a los datos encontrados, la paciente presenta un alto nivel de seguridad y un estilo de apego seguro. En la entrevista, reportó que fue criada dentro de un ambiente estable, con padres cariñosos que proporcionaban un establecimiento seguro de límites, repertorio que confirma el estilo de apego seguro a pesar de que la madre mostró rasgos conductuales de sobreprotección, según el relato de la paciente.

En la identificación de los niveles de estrés, se encontró que presentaba niveles moderados de esta variable al momento de la entrevista. Cabe destacar que para el tiempo en que se realizó la entrevista, el hermano de la paciente había fallecido, por lo que los resultados no reflejan el estrés que experimentó durante los meses cuando fue diagnosticada.

Sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por esta paciente, se encontró un uso moderado de FSP, REP, BAS y RLG, estrategias de afrontamiento adecuadas para disminuir los niveles de estrés. Por otra parte, se observó un poco uso de estrategias como EEA, EVT y AFN, estrategias inadecuadas para disminuir los niveles de estrés.

El segundo caso, la paciente con el Síndrome de Takotsubo, es una mujer de 58 años de edad, enfermera. Presenta cardiopatía inducida por estrés, tras una cirugía de reconstrucción mamaria. La paciente reporta que durante la cirugía hubo una complicación y comenzó a sentir molestia porque los médicos no le daban respuesta a sus

preguntas y constantemente le solicitaban que fuera de un lugar a otro. De pronto comenzó a sentir un dolor similar al de un infarto e ingresó a la Unidad de Cardiología como infartada; sin embargo, el ecocardiograma reveló la forma de la vasija japonesa Takotsubo y se determinó el diagnóstico clínico.

La paciente, divorciada, se enfrentaba en los meses previos al episodio que probablemente desencadenó el síndrome bajo una situación de tensión familiar debido a que su hijo había emigrado del país y le había dejado a su cargo una niña de 10 años de edad. Tras varios años de haberse hecho una cirugía estética de mamas, la paciente requería un cambio en la prótesis mamaria. La cirugía para ello fue pospuesta en varias oportunidades por lo que con permiso de su cirujana, la paciente viaja a Panamá para llevar a la nieta con sus padres, pero la prótesis se rompe durante el vuelo. Tras dos semanas con su hijo decide regresar a Venezuela para realizar la operación. La paciente comenta que las últimas semanas con su nieta y su hijo fueron sumamente demandantes y muy estresantes para ella; sin embargo, al llegar a Venezuela y enfrentarse al sistema médico del país, el nivel de estrés aumentó.

En general, la paciente se describe como una persona estresada, incapaz de ceder el control a otros, lo cual se evidencia en su reporte verbal: *“soy de esas que llaman personalidad tipo A”*. Vive con su ex esposo a pesar de tener más de 10 años divorciados. Es jefa de enfermería en el Hospital Vargas, comenta que su trabajo suele ser muy demandante y que tanto en el trabajo como en el hogar le gusta tener el control de todo.

En cuanto a los datos medidos en este estudio se encontró que esta paciente presenta un bajo nivel de seguridad y un estilo de apego seguro. Este tipo de discrepancia posiciona a la paciente bajo un apego inseguro debido a que la autopercepción del apego no coincide con el nivel de seguridad, según los autores de la RQ Bartholomew y Horowitz (1991, c.p. Echeverría y Auvert, 2007).

En el momento de la entrevista, luego de tres meses de haber sido diagnosticada, presentó niveles moderados de estrés. La paciente reportó en varias situaciones sentir un constante nivel de activación que según indicó *“jamás cesa, yo siempre estoy estresada, es solo que hay como picos...a veces estoy muy estresada y otras veces no lo estoy tanto”*. En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por la paciente, se encontró un uso moderado de todas las estrategias de afrontamiento, con un mayor

énfasis en la FSP, AFN y REP; sin embargo, no se logró determinar ante qué situaciones la paciente solía utilizar unas estrategias más que otras.

En ambos casos, se puede observar cómo el estilo de apego puede regular las respuestas de afrontamiento al estrés. Asimismo, se encontraron niveles moderados de estrés; sin embargo, sólo en el caso del Síndrome de Takotsubo la respuesta de estrés se encontraba generalizada, tal como lo describen las investigaciones referentes a esta patología (Martín, 2018).

Otro elemento relevante en ambos casos fue la edad y el sexo, ya que la literatura encontrada apunta a que estas variables juegan un rol relevante en el desarrollo de este tipo de síndromes (Martín, 2018; Kaski y Pérez, 2002; Bellido, López y Fernández, 2017). En la Tabla 8 se pueden observar los puntajes obtenidos en cada caso a excepción del tipo de apego.

Tabla 8.

Puntajes obtenidos en las variables en los casos especiales

ECV	NS	EEP	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Tkosubo	11	31	18	17	18	19	15	13	12
Síndrome X	17	26	16	5	12	1	4	9	7

VII. CONCLUSIONES

Los pacientes con ECV, presentan niveles moderados de estrés, los cuales indican un nivel de activación positivo, ya que al parecer se encuentran vinculados a una alta percepción de control sobre las variables ambientales que pueden ser evaluadas como amenazantes. Es importante acotar que los resultados encontrados en esta muestra, no necesariamente se encuentran vinculados al padecimiento de la ECV sino a las condiciones externas a la enfermedad como por ejemplo, la condición social, política y económica que atraviesa el país y que dificulta el acceso a servicios básicos y disminuye la posibilidad de mantener una mejor calidad de cuidado sobre la enfermedad. Estos factores cobran una relevancia significativa, aunque subjetiva, en los pacientes que conformaron la muestra.

En cuanto a los estilos de apego encontrados en la muestra, se obtuvo que en la mayoría de los casos se identifica un alto nivel de seguridad y por tanto un estilo de apego seguro (55%). Los pacientes que tenían un bajo nivel de seguridad, se identificaron con un apego inseguro distribuyéndose entre estilos evitativos, temerosos y preocupados (45%). Los resultados indicaron una diferencia importante con respecto al manejo teórico de los estilos de apego inseguros, por lo que se puede corroborar el planteamiento inicial de Bowlby (1987 c.p. Gerber, 2015), quien afirmó en principio que el apego debe ser conceptualizado y operacionalizado como una variable dicotómica.

Sobre las estrategias de afrontamiento, se encontró un uso combinado de diferentes estrategias con una frecuencia moderada de uso. Cobra relevancia la implementación de estrategias como la *Focalización en la solución del problema*, la *Reevaluación positiva*, la *Religión* y la *Búsqueda de apoyo social*, estrategias más efectivas en la disminución de los niveles de estrés, a la par que se usan estrategias como la *Evitación* y la *Autofocalización negativa*, las cuales suelen ser facilitadoras de un aumento en el desequilibrio emocional que puede experimentar el paciente, aumentando los niveles de estrés.

En cuanto a la relación de estrés-afrontamiento-apego, se encontró que los pacientes con un estilo de apego seguro, suelen utilizar con mayor frecuencia la estrategia de focalización en la solución del problema, la cual favorece significativamente la

reducción de los niveles de estrés. Esto lleva a concluir que existe una relación entre el apego, el afrontamiento y el estrés a pesar de que no se haya encontrado una relación directa entre el estrés y el apego. De este modo, el apego pudiera ser entendido como un factor protector que permite el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adecuadas para resguardar al individuo de la enfermedad, física y psicológica.

En este sentido, las estrategias basadas en la *Focalización en la solución del problema* y la *Reevaluación positiva*, serán aquellas que permitan a los pacientes con ECV, mejorar las condiciones asociadas a la enfermedad atendiendo a la noción de control sobre su entorno y sobre sí mismo alcanzando un mejor pronóstico en la enfermedad. Así será posible que a pesar de que no exista una relación directa entre el apego y el estrés, el desarrollo de un apego seguro, promoverá la adquisición de estrategias de afrontamiento más adecuadas para enfrentar las demandas del entorno y será allí donde deben comenzar los trabajos de prevención de la ECV.

VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las principales limitaciones en el presente estudio consistió en la escasa información hallada en Venezuela y Latinoamérica sobre el estudio de las variables objetivo dentro de los pacientes con ECV. El interés en el estudio del estrés, del afrontamiento y del apego parece ser escaso.

Por dicha razón, se recomienda continuar realizando investigaciones afines a partir de estos hallazgos que permitan ampliar el cúmulo de investigaciones en el área y otras variables como la calidad de vida y los estilos de crianza en relación con el estrés y el afrontamiento en las ECV.

La actual crisis socio-política y económica que agobia a médicos, enfermeras y demás personal sanitario, ha derivado en un paro activo y permanente en muchos hospitales e instituciones de salud. Esta situación afecta especialmente al Hospital Vargas de Caracas por lo que al momento de realizar la recolección de datos, el hospital se hallaba paralizado, implicando una disminución de la cantidad de pacientes que debían asistir durante los meses de Enero, Febrero y Marzo de 2019.

Adicionalmente, la situación de inseguridad que aqueja la zona aledaña al hospital dificultó el acceso y movilización durante el horario vespertino, por lo que no se logró recolectar una muestra de pacientes en ambos turnos, haciendo únicamente posible tomar muestras en el horario matutino.

En este sentido, pese a no poder evitar situaciones como paros institucionales, es importante que los futuros investigadores no cedan en la labor de investigación y se mantengan constantes en el estudio de las enfermedades y las variables psicológicas intervinientes. La situación actual debe convertirse en un impulso motivador para ampliar y mejorar nuestro repertorio científico en pro de ayudar a nuestra sociedad.

Otra limitación importante fue el acceso a las historias de los pacientes, así como también a algunos datos estadísticos sobre la población general atendida en el Servicio de Cardiología, tales como el Índice de Masa Corporal (IMC) y el diagnóstico preciso de la ECV, disponiéndose solo de datos referenciales de los pacientes para la última variable mencionada, según el diagnóstico que estos recordaban.

Es importante tener en consideración para futuras investigaciones la medición y abordaje de variables como el IMC, el estado civil, estilos de personalidad y/o estilos interactivos y de ser posible acceder a diagnósticos precisos a través de las historias, así como también, ahondar sobre las relaciones interpersonales de los pacientes con familiares, amigos y parejas.

En concordancia con lo anterior, también se recomienda el uso de instrumentos específicos de medición del estrés, el afrontamiento y el apego para pacientes con ECV, ya que una de las principales limitaciones de esta investigación consistió en la complejidad para interpretar los resultados del RQ y la poca cobertura que tiene la EEP-14 para medir el estrés en relación a la ECV. Sería de suma relevancia conocer la relación que guardan dichas variables según el tipo de ECV específica que se padezca, lo cual sería de gran utilidad dentro del abordaje integral de cada patología en especial.

En este mismo orden de ideas, también sería recomendable y de suma utilidad generar instrumentos de medición de estrés que logren medir dichas variables en poblaciones que padezcan estas y otras enfermedades, ya que el proceso salud-enfermedad presenta características estresoras propias, por lo que los instrumentos de estrés como el EEP-14, que miden el estrés de manera general, no arrojan información suficiente sobre el estrés asociado a la enfermedad.

Adicionalmente, es necesario realizar más investigaciones sobre aquellas enfermedades aparentemente atípicas que cada vez están cobrando más relevancia debido a un aumento en la incidencia de aparición, tal como es el caso del Síndrome X y la Cardiopatía Inducida por Estrés o Takotsubo.

Así mismo, se recomienda que de ser replicada la presente investigación, se reduzca el tiempo entre el evento cardiovascular y la recolección de datos, ya que las condiciones estresantes en la fase aguda de la enfermedad al parecer, varían con el tiempo.

Por último, se recomienda a las Escuelas de Psicología del país incorporar el estudio de la Psicología de la Salud dentro de sus programas o líneas de investigación, ya que cada vez se hace más necesario estudiar aquellos factores de riesgo psicosociales que fomentan el desarrollo de enfermedades crónicas.

REFERENCIAS

- Alonso, Y., Fontanil, Y. y Ezama, E. (2016). Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. *Anales de Psicología*, 32 (1): 32-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.191961>
- American Diabetes Association (2018). Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 41(1):13-27. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29222373?_ga=2.56129640.2136604751.1549404361-978166514.1549404361
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología de investigación* (6ta ed.). Venezuela: Editorial Episteme
- Arias, A. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: primera experiencia vinculación del sujeto. *Revista Electrónica Psyconex*, 7(11): 1-16.
- Bellido, C., López, J. y Fernández, P. (2017). Síndrome cardíaco X. Angina vasoespástica. Isquemia silenciosa. *Medicine*, 36 (12): 2174-2184. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.06.013>
- Benítez, A., D'Anello, S. y Geohanna, N. (2013). Validación de la escala de estrés percibido (EEP-14) en una muestra de funcionarios públicos venezolanos. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 13 (1): 117-133
- Castro-Serralde, E. y Ortega-Cedillo, P. (2017). Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* 25 (3): 189-200.
- Catalá, E. (2016). *Apego, ansiedad y depresión como variables psicológicas predictoras de evolución del trasplante hematopoyético* (Tesis). Región de Murcia: Universidad de Murcia.
- Celdrán, S. (2016). *Apego y relaciones románticas* (Tesis). Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.
- Chomiak, A. (2018). *El estrés, un mal en la cotidianidad*. Disponible en <http://uma.edu.ve/periodico/2018/05/25/estres-cotidianidad-venezuela/>

- De La Nube, J. (2016). *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial en pacientes que acuden al centro de salud Chorocopte de Mayo a Diciembre 2015* (Tesis). Cuenca, Ecuador: Universidad de Azuay.
- Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1): 57-71. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S214548922010000100005&lng=pt&lng=es.
- Díaz, C. y Spencer, R. (2017). *Estudio del impacto del estilo de apego, los síntomas de estrés y las estrategias de afrontamiento sobre el bienestar psicológico de cuidadores informales de pacientes dependientes severos y moderados* (Tesis). Chile: Universidad de Talca.
- Echeverría, Q. y Auvert, N. (2007). *Propiedades psicométricas del cuestionario de apego adulto sobre relaciones (relationship questionnaire) en población venezolana* (Tesis). Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta
- Federación de Psicólogos de Venezuela. (1981). *Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela*. Venezuela: Servicio de Publicaciones de Escuela de Psicología UCV.
- Fernández, C. (2009). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. En A. López, y C. Macaya (Ed.). *Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico de San Carlos y la Fundación BBVA* (pp. 583-590). Bilbao: Fundación BBVA
- Florez, S. y Parra, L. (2016). Rol Modulador de la Oxitocina en la Interacción Social y el Estrés Social. *Universitas Psychological*, 15 (5). DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.rmoi>
- Galán, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36 (129): 45-61. DOI: 10.4321/S0211-57352016000100004
- Garrido, L., Guzmán, M., Pía, M., Vitriol, V. y Baeza, E (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia Cognitiva*. 33 (3): 285-295.

- Gerber, D. (2015). *Hacia un Análisis Funcional del Control Psicológico en las Relaciones de Pareja: Apegos Inseguros y Aceptación Condicional Negativa ante Contextos de Negligencia y Opresión* (Tesis). Chile: Universidad de Chile.
- Goldman, L. (2016). Approach to the patient with possible cardiovascular disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. (25ta ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Gómez, C., Benítez, M., Domínguez, C., Budia, A. Mas, M. y Navarro, M. (2018). *Influencia del apego en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Estudio comparativo en función del género*. Sevilla: VII Congreso Universitario Internacional Investigación y Género.
- Guerrero, J. y Sánchez (2015). Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud*, 25 (1): 57-71.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª Ed.). México, DF: McGraw-Hill.
- Kaski, J. y Pérez, R. (2002). Angina microvascular y síndrome X. *Problemas Relevantes en Cardiología*, 55 (1):10-6.
- Kearney, K. (2016). *Scleroderma: The Relationship of Psychosocial Stress and Levels of Compassion, to Psychological Injury, Age of Onset and Severity of Disease Symptoms*. Australia: Faculty of Society and Design, Bond University
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. (4ª Ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Kristic, A. (2014). *Patrones de apego y representaciones parentales en díadas con niños preescolares entre 2 y 5 años, de ambos sexos, que presentan síndrome de Prader-Willi* (Tesis). Chile: Universidad de Chile.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984) *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Martínez Roca.
- Lazarus R., Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (2da ed.). Barcelona: Martínez Roca.
- Lemos, M. (2015). La teoría de la alóstatís como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales de Psicología*, 31 (2): 452-461. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>

- Licona, M., López, F. y Del Castillo, A. (2015). Estrategias de afrontamiento, estrés y estilos de apego en cuidadores primarios de pacientes con IRC del IMSS Hidalgo. *La huella de la palabra*, (9): 57-70. Disponible en <http://www.lasallep.edu.mx/xihma/i/index.php/huella/article/view/375>
- Lostanau, V., Torrejón, C. y Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31 (122): 75-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>
- Martín, A. (2018). Síndrome de Takotsubo. *Revista Argentina de Cardiología*, (6): 160. DOI: <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i2.13208>
- Martín, M. (2016). La psicología en la atención a las personas con enfermedades crónicas: experiencias y retos. *Integración Académica en Psicología*, 4(11): 5-18.
- Matarazzo, J. (1980). Salud conductual y medicina del comportamiento: fronteras para una nueva psicología de la salud. *American Psychologist*, 35 (9): 807-817. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- National Library of Medicine (2016). *Raynaud phenomenon*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/ency/article/000412.htm>
- Núñez, M. y Castillo, R. (2017). El papel de la inteligencia emocional en la enfermedad cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.008>
- Ochoa, C., Bermúdez, M., Paredes, M. (2016). *Estilos de apego en adultos que presentan trastorno por consumo de alcohol en el cantón Cuenca* (Tesis). Cuenca: Universidad del Azuay
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: Autor.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2017a). *¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?* Nueva York: Autor.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2017b). *Las 10 principales causas de defunción*. Nueva York: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Venezuela, Perfil de Enfermedades Cardiovasculares*. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docmanytask=doc_download&Itemid=270&gid=27498&lang=es

- Orellano, C. (2015). Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Perspectivas en Psicología*, 12 (1): 52-56
- Ortega, T., Armas R., Dueñas H., Noval, R. y Acosta G. (2015) Prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Aspectos de interés. *Rev Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 21 (1): 24-31. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2015/ccc151e.pdf>
- Paramio, A., Hernández, M. y Carrazana, E. (2017). Riesgo cardiovascular global en un barrio del municipio Cárdenas, Estado Táchira, Venezuela. *CorSalud: Sociedad Cubana de Cardiología*, 10(1):40-46.
- Pereira, M., Nunes, R., Marchionni A. y Martins ,G. (2017). Esclerodermia Sistémica: relato de caso clínico. *Revista de Odontología da Universidade Cidade de São Paulo*, 21(1): 69-73
- Petrowski, K., Beetz, A., Schurig, S., Witermann, G. y Buchheim, A. (2017). Association of attachment disorganization, attachment-related emotion regulation, and cortisol response after standardized psychosocial stress procedure: A pilot study. *Psihologija*, 50 (2): 103–116. Disponible en <https://doi.org/10.2298/PSI130807001P>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93. Disponible en http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Remor_2006_article_EurSpanPSS.pdf
- Reveté, S. (2017). *Efecto en la calidad de vida, el afrontamiento y las conductas de salud de los pacientes con ictus isquémico agudo tratado con neurointervencionismo endovascular* (Tesis). Cataluña: Universitat de Girona.
- Rondón, J., Cardozo, I., Lacasella, R., Carrillo, E., Pineda, H. y Brito, S. (2017). Relación entre factores biopsicosociales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 considerando el sexo. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 15(3): 182-194. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102017000300003&lng=es&tyt=es
- Rodríguez, L., Alfonso, C., Marta, A., Pomares, J. y López, L. (2018). Estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial. *Revista*

- Finlay* 8 (1): 36-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstractypid=S2221-24342018000100005
- Rodríguez, R. (2018). Carta Al Director: El papel de variables psicológicas en las enfermedades cardiovasculares. Un comentario desde lo asistencial. *MEDISUR Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 16 (2): 223-225. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n2/ms03216.pdf>
- Rodríguez, T. (2010). La Psicocardiología, disciplina indispensable de estos tiempos. *Medisur*, 8 (3): 1-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n3/v8n3a1156.pdf>
- Sandín B. y Chorot P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación Preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1): 39-54. Disponible en: http://www.consejeria.net/uploads/3/4/1/6/34163570/cuestionario_afrontamiento_estr.pdf
- Sipahi, I., Akay, M., Dagdelen, S., Blitz, A. y Alhan, C. (2014). “Coronary artery bypass grafting vs percutaneous coronary intervention and long-term mortality and morbidity in multivessel disease: meta-analysis of randomized clinical trials of the arterial grafting and stenting era”. *JAMA Internal Medicine* 174 (2): 223–30. DOI:10.1001/jamainternmed.2013.12844
- Solís, N. (2016). *Rol del apego en la predisposición al trastorno depresivo* (Tesis). Machala, Ecuador: UTMACH.
- Soto, A., Savall, F., Casaña, S., Molina, P., Giner, J., Zorio, E., Suissa, E., Pérez, M. y Barreto, P. (2017). Factores psicosociales y de adaptación en familiares de pacientes fallecidos por muerte súbita cardíaca. *Corporación Universitaria de Ciencias Empresariales, Educación y Salud -CORSALUD-*, 9 (3):169-173.
- Stapleton, P., Woodcroft-Brown, A. y Chatwin, H. (2016). Understanding the Relationship Between Attachment Style, Relationship Satisfaction, Illness Behaviours, and Psychological Distress in Couples. *International Journal of Healing and Caring*, 16 (3): 1 -16. Disponible en http://epublications.bond.edu.au/fsd_papers/523

- Toth, P., Shammas, N., Foreman, B. y Byrd, J. (2016). Cardiovascular disease. In: Rakel RE, Rakel D, eds. *Textbook of Family Medicine*. (9na ed.) Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Yárnoz-Yaven, S. y Camino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8 (2), 67-85. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/253644728_Evaluacion_del_apego_adulto_analisis_de_la_convergencia_entre_diferentes_instrumentos_Assessment_of_adult_attachment_Analysis_of_the_convergence_between_diferent_instruments
- Vadalá, S., Pellegrini, D., Verdaguer, M., Schrappe, M., Álvarez, J. y Bruetman, J. (2014). Cardiomiopatía inducida por estrés (Takotsubo) en una paciente con anorexia nerviosa. *Medicina* 74 (3): 222-224.
- Valero-Moreno, S., Barreto-Martín, P. y Pérez-Marín, M. (2016). Familia y duelo: el apego y los acontecimientos vitales estresantes como predictores del desarrollo de duelo complicado. *Revista de la Universidad Pontificia de Salamanca*, 53: 57-59. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/153481832.pdf>
- Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S. y Barriga, O. (2017), Factores que influyen en el control integral de las enfermedades cardiovasculares. *Benessere: Revista de Enfermería*, 1 (2): 8-20.
- Villalpando, D., Alvarez, C. y Gómez, A. (2017). Productos avanzados de oxidación proteica (PAOP) y su relación con los factores de riesgo cardiovascular en jóvenes aparentemente sanos. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 5 (29): 209-215. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/317572605_Productos_avanzados_de_oxidacion_proteica_PAOP_y_su_relacion_con_los_factores_de_riesgo_cardiovascular_en_jovenes_aparentemente_sanos

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **ACTH:** Adrenocorticotropa
- **ACV:** Accidente Cerebro-vascular
- **AE:** Apego Evitativo
- **AFN:** Autofocalización Negativa
- **AP:** Apego Preocupado
- **AS:** Apego Seguro
- **AT:** Apego Temeroso
- **BAS:** Búsqueda de Apoyo Social
- **CAE:** Cuestionario de Afrontamiento del Estrés
- **CI:** Cardiopatía Isquémica
- **CRH:** Corticotropina
- **DM-II:** Diabetes Mellitus Tipo II
- **EA:** Estilo de Apego
- **EAC:** Enfermedad Arterial Coronaria
- **ECV:** Enfermedades Cardiovasculares
- **EEA:** Expresión Emocional Abierta
- **EEP-14:** Escala de Estrés Percibido
- **EVT:** Evitación
- **FSP:** Focalización en la Solución del Problema
- **HPA:** Eje Hipotálamo Hipofisario Suprarrenal
- **IC:** Insuficiencia Cardíaca
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **NS:** Nivel de Seguridad
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **PAOP:** Productos Avanzados de Oxidación Proteica
- **REP:** Reevaluación Positiva
- **RLG:** Religión
- **RQ:** Cuestionario de Apego Adulto sobre Relaciones

Anexo 1. Escala de Estrés Percibido EEP-14



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Remor y Carrobbles (2001)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?					
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?					
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?					
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?					
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?					
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?					
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					

Anexo 2. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Sandín y Chorot (2003).

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 Ud. 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 Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos en el último año.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Pocas Veces	A Veces	Frecuentemente	Casi Siempre
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	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	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

ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

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 desahogué 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

Anexo 3. Cuestionario de Apego Adulto en Relaciones (RQ)



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA CLÍNICA

Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___ am__ pm__

Datos de Identificación

Iniciales: _____

Sexo: M___ F___

Grado de instrucción:

- Universitario Completo _____
- Universitario Incompleto _____
- Bachillerato Completo _____
- Bachiller Incompleto _____
- Primaria Completa _____
- Primaria Incompleta _____
- Analfabeta _____

Edad: _____

Teléfono: _____

Profesión u Oficio: _____

Diagnóstico: _____

Tiempo de Diagnóstico: _____

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO SOBRE RELACIONES

Bartholomew and Horowitz (1991)

1. A continuación se presentan cuatro párrafos que describen diferentes formas de relacionarse con otras personas. Marque con una X en cada párrafo, la alternativa que más se parezca a usted.

A. Es fácil para mí involucrarme emocionalmente con los demás. Me siento cómodo apoyándome en otros y cuando ellos se apoyan en mí. No me preocupa estar solo o que los demás no me acepten

Totalmente parecido a mí _____	Muy poco parecido a mí _____
Poco parecido a mí _____	Parecido a mí _____
Muy parecido a mí _____	Nada parecido a mí _____

B. Me siento cómodo sin involucrarme emocionalmente con los demás. Es muy importante para mí sentir que soy independiente y autosuficiente, prefiero no apoyarme en los demás y que ellos no se apoyen en mí.

Totalmente parecido a mí _____	Muy poco parecido a mí _____
Poco parecido a mí _____	Parecido a mí _____
Muy parecido a mí _____	Nada parecido a mí _____

C. Me gustaría involucrarme completamente con otros, pero a menudo me doy cuenta que los demás no desean acercarse tanto como a mí me gustaría. Me siento incómodo si no tengo

relaciones emocionalmente cercanas, pero a veces me preocupa que los otros no me valoren tanto como yo los valoro.

Totalmente parecido a mí	_____	Muy poco parecido a mí	_____
Poco parecido a mí	_____	Parecido a mí	_____
Muy parecido a mí	_____	Nada parecido a mí	_____

D. Me siento incómodo al acercarme emocionalmente a los demás. Quiero tener relaciones cercanas pero me resulta difícil confiar o apoyarme en ellos por completo. Me preocupa que me hieran si me permito involucrarme mucho con los otros.

Totalmente parecido a mí	_____	Muy poco parecido a mí	_____
Poco parecido a mí	_____	Parecido a mí	_____
Muy parecido a mí	_____	Nada parecido a mí	_____

2. De los párrafos anteriores, seleccione con una X el que más se parezca a usted.

Párrafo A	_____
Párrafo B	_____
Párrafo C	_____
Párrafo D	_____

Yo _____, portador de la C.I _____, doy mi autorización para hacer uso de mis respuestas en un estudio con fines únicamente académicos y de investigación para el Trabajo Especial de Grado titulado *ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS*, realizado por Oriadna L. Barrios R. (V-24899985) estudiante de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.

Anexo 4. Carta de Solicitud de Colaboración con el Servicio de Cardiología

Caracas, 20 de Enero de 2019

Dr. Mauro Herrera
Jefe del Servicio de Cardiología
Hospital José María Vargas

Atn.
Dr. Lempira Guevara
Coordinador Docente
Universidad Central de Venezuela

Estimado Dr. Herrera

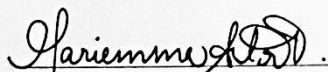
Luego de un cordial saludo me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su colaboración y apoyo institucional, para que la Bachiller Oriadna Luccia Barrios Reyes portadora de la C.I. V-24899985, proceda a recolectar en las instalaciones del Servicio que Ud. coordina, los datos necesarios para la ejecución del Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciada en Psicología, titulado "*Estrés, Afrontamiento y Apego en Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares Atendidos en el Hospital -José María Vargas- de Caracas.*"

Dicho estudio está diseñado para ser desarrollado en cuatro (4) semanas, a razón de tres (3) visitas semanales aproximadamente. Consiste en la aplicación de tres tests psicométricos orientados a determinar la manera en la cual se relacionan el estrés, las estrategias de afrontamiento y el apego en paciente cardíopatas.

Cabe destacar que para la fecha de emisión de esta comunicación, ya se cumplió con el requisito de la presentación de dicho proyecto ante el Comité de Bioética del Hospital Vargas de Caracas, siendo aceptado por el Dr. Luis R. Gaslonde B., jefe del comité.

En espera de pronta y positiva respuesta, y agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se suscribe de usted.

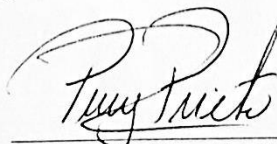
Atentamente



Prof. Mariem Antor T.

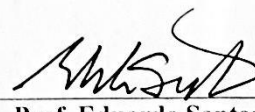
C.I. V.-9.881.679

Tutora



Prof. Purificación Pietro


**Jefe del Departamento de
Psicología Clínica**



Prof. Eduardo Santoro

**Director de la Escuela de
Psicología**

Anexo 5. Carta de Aceptación del Comité de Bioética

 Gobierno Bolivariano
de VenezuelaMinisterio del Poder Popular
para la SaludHospital Vargas de
Caracas Dirección General

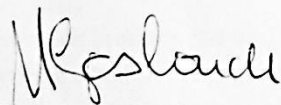
200 años

Caracas 18 de febrero de 2019

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Este Comité de Bioética, después de revisar el Proyecto de Trabajo de Grado titulado **ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. AUTORA: ORIADNA BARRIOS TUTORA: AUTOR: MARIEMMA ANTOR**, aprueba su realización ya que cumple los principios de la Bioética en relación a la investigación en seres humanos e incluye la firma del Consentimiento Informado por el paciente en estudio.

Sin otro particular y reiterándole nuestro aprecio y respeto, le saluda muy cordialmente,



Dr. Luis R. Gaslonde B.
Presidente
Comité de Bioética
Hospital Vargas de Caracas

HOSPITAL VARGAS
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA
CARACAS - VENEZUELA

CC
Oriadna Barrios
Mariemma Antor

Anexo 6. Planilla de Consentimiento Informado

Yo _____, portador de la C.I _____, doy mi autorización para hacer uso de mis respuestas en un estudio con fines únicamente académicos y de investigación para el Trabajo Especial de Grado titulado *ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APEGO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL "JOSÉ MARÍA VARGAS" DE CARACAS*, realizado por Oriadna L. Barrios R. (V-24899985) estudiante de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.