

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL MAR DEL PLATA

**“Alexitimia y estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos
cardiovasculares”**

Informe final del trabajo de investigación
(Correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S 143/ 89)

Alumnos:

Alvarez, Natalia
Mat. 4562/98
D.N.I 28.016.160

Bonadero, Juan Pablo
Mat.4658/98
DNI 26.728.942

Casali, Luciano
Mat.4684/98
DNI 28.102.237

Supervisor

Dr. Sebastián Urquijo

Co-Supervisora

Lic. María Marta Richard's

Cátedra de Radicación

Psicología Cognitiva y Teorías del Aprendizaje

Fecha de Presentación

8 de Julio del 2005

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-19. A	Cedido por el alumno a favor de Div. Hecce,
	N° INVENTARIO:
	R-388



Este informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos: Alvarez, Natalia Mat. 4562/98 DNI 28.016.160; Bonadero, Juan Pablo Mat.4658/98 DNI 26.728.942; Casali, Luciano Mat.4684/98 DNI 28.102.237, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de los autores.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Alvarez, Natalia Mat. 4562/98 DNI 28.016.160; Bonadero, Juan Pablo Mat.4658/98 DNI 26.728.942 Casali, Luciano Mat.4684/98 DNI 28.102.237, conforme con los objetivos y el Plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 8 días del mes de julio del año 2005.


Firma y sello

SERAFÍN VARGAS
Aclaración.



Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Alvarez, Natalia Mat. 4562/98 DNI 28.016.160; Bonadero, Juan Pablo Mat.4658/98 DNI 26.728.942 Casali, Luciano Mat.4684/98 DNI 28.102.237,

Firma del supervisor



Firma del Comité

Fecha de Aprobación:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION

“Alexitimia y estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos cardiovasculares”

ALUMNOS:

Natalia Alvarez Mat. N° 4562/98

Juan Pablo Bonadero Mat. N° 4658/98

Luciano Casali Mat. N° 4684/98

SUPERVISOR:

Dr. Urquijo, Sebastián

CO-SUPERVISOR:

Lic. María Richard's

PROYECTO DE INVESTIGACION

Éste proyecto pertenece a uno mayor dirigido por la cátedra de Psicología Cognitiva y Teorías del Aprendizaje.

1. TITULO DEL PROYECTO

“Alexitimia y estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos cardiovasculares”.

1.1 PALABRAS CLAVE

Alexitimia - Estrategias de Afrontamiento – Trastornos cardiovasculares.

2. UNIDAD ACADEMICA

Facultad de Psicología – Cátedras de Psicología Cognitiva y Teorías del Aprendizaje

3. DESCRIPCION RESUMIDA

La alexitimia es un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas. Las estrategias de afrontamiento son conductas que una persona realiza para enfrentarse a sus problemas de salud (coping orientado al problema), pensamientos relacionados con su estado de salud (coping orientado a la valoración), y aspectos emocionales relacionados con el estado de salud (coping orientado a la emoción). Nuestro objetivo consiste en explorar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos con y sin trastornos cardiovasculares y con y sin niveles significativos de alexitimia.

4. FECHA DE INICIACION: 10/09/2004

FECHA DE FINALIZACION: 31/12/2004

5. SUPERVISOR: Dr. Sebastián Urquijo

CO-SUPERVISOR: Lic. María Richard's

DESCRIPCION DETALLADA

1. TITULO DEL PROYECTO:

Alexitimia y estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos cardiovasculares

2. MOTIVO, FUNDAMENTOS, ANTECEDENTES E HIPOTESIS:

El concepto de alexitimia (del griego a: falta, lexis: palabra, thymos: afecto) significa "ausencia de verbalización de afectos". Fue utilizado e introducido en la literatura científica por primera vez en la década del 70' por Sifneos y Nemiah.

En principio las personas a quienes se identificó como alexitimicas fueron pacientes que sufrían trastornos psicósomáticos.

En el transcurso de los años se la ha relacionado con dependencias a sustancias, trastornos de la conducta alimentaria personalidad antisocial y trastorno por estrés postraumático.

R. Retamales (1989) plantea para la alexitimia rasgos esenciales y accesorios, constituyendo los primeros el núcleo del trastorno, mientras que los accesorios se presentan en gran parte de los casos.

Rasgos esenciales:

- Pensamiento simbólico reducido o ausente.
- Limitada capacidad para fantasear.
- Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras.

Rasgos accesorios:

- Alto grado de conformismo social.
- Resistencia a la psicoterapia tradicional.
- Relaciones interpersonales estereotipadas.
- Impulsividad como expresión de conflicto.

En la actualidad se han desarrollado distintos modelos explicativos sobre la alexitimia. El enfoque neuropsicológico propone dos modelos, uno vertical que trata

la transmisión de información entre el sistema límbico (lugar de las emociones) y el neocórtex (lugar de la palabra). El otro modelo es el transversal que estudia la especialización en el funcionamiento hemisférico. Los estudios sugieren que la alexitimia puede deberse a una imposibilidad de transferencia entre hemisferios, limitaciones o hipofuncionamiento del hemisferio derecho, o puede que ambos mecanismos coexistan.

Para el modelo psicodinámico la alexitimia es considerada desde distintos enfoques teóricos, tanto como un mecanismo de defensa o como un déficit en la organización psíquica

En cuanto al modelo sociocultural, L. Kirmayer y colaboradores (1993,1987), citados por Casullo (1989), enfocan la alexitimia como el resultado de un proceso social y cultural.

S. Ahrens, H. Gyldenfeldt y P. Runde (1979) la consideran la resultante de un proceso de socialización secundaria, que se manifiesta en la sociedad industrial, no como un fenómeno psicopatológico.

Afrontamiento y COPE:

El afrontamiento es definido por Folkman, S y Lazarus, R S (1986) como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia. El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a las emociones). Ambos tipos se influyen el uno al otro y pueden potenciarse o interferirse.

Carver, Scheier y Weintraub (1989) desarrollaron el cuestionario COPE. Tanto los ítems como las escalas están basados teóricamente en el modelo de Estrés de Lazarus y en el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier (1981, 1983, 1985). El cuestionario consta de 70 ítems que expresan conductas que el

sujeto pone en marcha para hacer frente a una situación estresante. El sujeto responde en una escala de tipo Likert de cuatro puntos, indicando la frecuencia con que utiliza cada una de las conductas. Las escalas que lo componen son:

- Afrontamiento activo
- Planificación
- Búsqueda de apoyo social instrumental
- Búsqueda de apoyo social emocional
- Supresión de actividades distractoras
- Religión
- Reinterpretación positiva y crecimiento personal
- Refrenar el afrontamiento
- Aceptación
- Centrarse en las emociones y desahogarse
- Negación
- Desconexión mental
- Desconexión conductual
- Consumo de alcohol o drogas
- Humor

3. OBJETIVOS:

- **Generales:** Obtener información acerca de las diferencias en cuanto a la frecuencia y utilización de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con y sin niveles significativos de alexitimia, teniendo en cuenta si han sufrido trastornos cardiovasculares (episodios isquémicos agudos).

- **Particulares:**

1. Correlacionar los cuatro grupos de variables y observar si en cada grupo se utilizan estrategias de afrontamiento que puedan conformar un perfil característico.
2. Verificar la existencia de correlaciones entre alexitimia y presencia de enfermedad coronaria.

4. METODOS Y TECNICAS A EMPLEAR:

Para clasificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos se aplicará la versión abreviada de la adaptación española del cuestionario COPE – disposicional (Carver, Sheier y Weintraub, 1989). Para evaluar la alexitimia se utilizará la escala TAS (Toronto Alexithymia Scale. G. Taylor y M. Bagby, 1987, 1988). Evaluaremos:

- sujetos con niveles significativos de alexitimia y que hayan padecido enfermedad coronaria.
- sujetos alexitimicos sin antecedentes de trastornos cardiovasculares.
- individuos con puntajes bajos en alexitimia y con trastornos cardiovasculares.
- personas no alexitimicas y sin antecedentes cardíacos.

5. LUGAR DE REALIZACION DEL TRABAJO:

Instalaciones del Grupo de Investigación de Psicología Cognitiva y Educacional

6. CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA				
ANALISIS DE LA LITERATURA				
ELABORACIÓN DEL MARCO TEORICO				

APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS				
ANÁLISIS DE RESULTADOS				
REPORTE DE RESULTADOS				
INFORME FINAL				

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Basabe, Nekane; Valdosedá, Maite; Páez, Darío (1993). Cap. 14 Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En Salud, expresión y represión social de las emociones. R.M. Moos. 1993. PT 414.

Crespo L.M.; Cruzado R JA. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación Española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. En Análisis y Modificación de Conducta, 1997, Vol. 23, N° 92.

Folkman, S y Lazarus, R. S (1986). Cap. 5 El concepto de afrontamiento. En Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona. Ed. Martínez Roca.

Font Guiteras, A. (1986) Estrategias de Afrontamiento, Adaptación y Calidad de Vida. En Folkmans, S y Lazarus, R. S (1986). Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona. Ed. Martínez Roca.

Giles, M.; Llul, D.; Richard's, M. (2001). Estrategias de afrontamiento situaciones estresoras en pacientes internados por enfermedades cardiovasculares: resultados preliminares. Estrés y Salud. 1° Publicación resúmenes trabajos de investigación presentados en Bs. As. En el marco del 1° Congreso Argentino de Medicina del estrés. (pp. 4 -6).

Omar, A. G. (1995). Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Rosario. Ed. Lumen.



- Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother, Psychosom*, 22:255-253.
- Sivak, Roberto; Wiater Adriana (1997). Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires – Barcelona – México. Ed. Paidós.
- Soriano, J. (1994). Las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva transaccional. *Boletín de Psicología*, N° 44, 77-92.
- Soriano, J; Zorroza, J. (1999). Análisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM y WOC. *Boletín de Psicología*, n°63, 77-97.
- Taylor, G. J. y Bagby M. (1988) Measurement of alexithymia, *Psychiatric Clinics of North America* Vol.11, N° .3

Firma del Supervisor:

Firma de los Alumnos:

Firma del Co- supervisor:

P/ Area de Investigación
Resultado de la evaluación:

Fecha:

Aprobado c/observaciones
Pielich

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION

“Alexitimia y estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos cardiovasculares”

ALUMNOS:

Natalia Alvarez Mat. N° 4562/98

Juan Pablo Bonadero Mat. N° 4658/98

Luciano Casali Mat. N° 4684/98

SUPERVISOR:

Dr. Urquijo, Sebastián

CO-SUPERVISOR:

Lic. Maria Richard's

no específicos: forma parte de un proyecto mayor y origen de la idea. -

PROYECTO DE INVESTIGACION

1. TITULO DEL PROYECTO

"Alexitimia y estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos cardiovasculares"

1.1 PALABRAS CLAVE

Alexitimia - Estrategias de Afrontamiento – Trastornos cardiovasculares.

2. UNIDAD ACADEMICA

Facultad de Psicología – Cátedras de Psicología Cognitiva y Teorías del Aprendizaje

3. DESCRIPCION RESUMIDA

La alexitimia es un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas. Las estrategias de afrontamiento son conductas que una persona realiza para enfrentarse a sus problemas de salud (coping orientado al problema), pensamientos relacionados con su estado de salud (coping orientado a la valoración), y aspectos emocionales relacionados con el estado de salud (coping orientado a la emoción). Nuestro objetivo consiste en explorar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos con y sin trastornos cardiovasculares y con y sin niveles significativos de alexitimia.

4. FECHA DE INICIACION: 10/09/2004 FECHA DE FINALIZACION: 31/12/2004

5. SUPERVISOR: Dr. Sebastián Urquijo
CO-SUPERVISOR: Lic. María Richard's

DESCRIPCION DETALLADA

1. TITULO DEL PROYECTO:

Alexitimia y estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos cardiovasculares

2. MOTIVO, FUNDAMENTOS, ANTECEDENTES E HIPOTESIS:

El concepto de alexitimia (del griego a: falta, lexis: palabra, thymos: afecto) significa "ausencia de verbalización de afectos". Fue utilizado e introducido en la literatura científica por primera vez en la década del 70' por Sifneos y Nemiah. A partir de éstos se observan en pacientes psicosomáticos dificultades para expresar sus estados afectivos con palabras, así como dificultades para diferenciar sensaciones corporales de afectos consideraron la perturbación de afectos de carácter cognitivo-afectivo, recibiendo esta la denominación de alexitimia. Acontecimiento que se presenta como modificación respecto a concepciones anteriores que cómo las dinámicas pensaban el fenómeno como el resultado de una defensa psicológica. Sifneos y Nemiah rechazan la anterior concepción adoptando las ideas expuestas por Marty quién postula "...El modo de funcionamiento Psicológico del paciente es estable y no el efecto transitorio de un mecanismo defensivo..." En principio las personas a quienes se identificó como alexitimicas fueron pacientes que sufrían trastornos psicosomáticos. En el transcurso de los años se la ha relacionado con dependencias a sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, personalidad antisocial y trastorno por estrés posttraumático. Retamales^(?) plantea para la alexitimia rasgos esenciales y accesorios, constituyendo los primeros el núcleo del trastorno, mientras que los accesorios se presentan en gran parte de los casos.

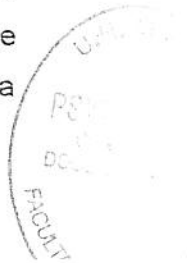
Rasgos esenciales:

- Pensamiento simbólico reducido o ausente.
- Limitada capacidad para fantasear.
- Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras.

Rasgos accesorios:

- Alto grado de conformismo social.
- Resistencia a la psicoterapia tradicional.
- Relaciones interpersonales estereotipadas.
- Impulsividad como expresión de conflicto.

En la actualidad se han desarrollado distintos modelos explicativos sobre la alexitimia. El enfoque neuropsicológico propone dos modelos, uno vertical que trata la transmisión de información entre el sistema límbico (lugar de las emociones) y el neocortex (lugar de la



palabra). El otro modelo es el transversal que estudia la especialización en el funcionamiento hemisférico.

Los estudios sugieren que la alexitimia puede deberse a una imposibilidad de transferencia entre hemisferios, limitaciones o hipofuncionamiento del hemisferio derecho, o puede que ambos mecanismos coexistan.

Para el modelo psicodinámico la alexitimia es considerada desde distintos enfoques teóricos, tanto como un mecanismo de defensa o como un déficit en la organización psíquica

En cuanto al modelo sociocultural, este enfoca la alexitimia como el resultado de un proceso social; muchos autores la consideran la resultante de un proceso de socialización secundaria, sería mas bien el resultado de determinaciones estructurales mas que un fenómeno psicopatológico.

Afrontamiento y COPE:

El afrontamiento es definido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia. El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a las emociones). Ambos tipos se influyen el uno al otro y pueden potenciarse o interferirse.

Carver, Scheier y Weintraub (1989) desarrollaron el cuestionario COPE. Tanto los ítems como las escalas están basados teóricamente en el modelo de Estrés de Lazarus y en el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier. El cuestionario consta de 70 ítems que expresan conductas que el sujeto pone en marcha para hacer frente a una situación estresante. El sujeto responde en una escala de tipo Likert de cuatro puntos, indicando la frecuencia con que utiliza cada una de las conductas. Las escalas que lo componen son:

Afrontamiento activo

Planificación

Búsqueda de apoyo social instrumental

Búsqueda de apoyo social emocional

Supresión de actividades distractoras

Religión

Reinterpretación positiva y crecimiento personal

Refrenar el afrontamiento
Aceptación
Centrarse en las emociones y desahogarse
Negación
Desconexión mental
Desconexión conductual
Consumo de alcohol o drogas
Humor

3. OBJETIVOS:

- **Generales:** Obtener información acerca de las diferencias en cuanto a la frecuencia y utilización de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con y sin niveles significativos de alexitimia, teniendo en cuenta si han sufrido trastornos cardiovasculares (episodios isquémicos agudos).
- **Particulares:**
 1. Correlacionar los cuatro grupos de variables y observar si en cada grupo se utilizan estrategias de afrontamiento que puedan conformar un perfil característico.
 2. Verificar la existencia de correlaciones entre alexitimia y presencia de enfermedad coronaria.

4. METODOS Y TECNICAS A EMPLEAR:

(falta información de apartados metodológicos / base de datos)

Para clasificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos se aplicará la versión abreviada de la adaptación española del cuestionario COPE – disposicional (Carver, Sheier y Weintraub, 1989). Para evaluar la alexitimia se utilizará la escala TAS (Toronto Alexithymia Scale. G. Taylor y M. Bagby, 1987, 1988). Evaluaremos:

- sujetos con niveles significativos de alexitimia y que hayan padecido enfermedad coronaria.
- sujetos alexitimicos sin antecedentes de trastornos cardiovasculares.
- individuos con puntajes bajos en alexitimia y con trastornos cardiovasculares.
- personas no alexitimicas y sin antecedentes cardíacos.

5. LUGAR DE REALIZACION DEL TRABAJO:

Instalaciones del Grupo de Investigación de Psicología Cognitiva y Educacional

6. CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA				
ANALISIS DE LA LITERATURA				
ELABORACIÓN DEL MARCO TEORICO				
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS				
ANALISIS DE RESULTADOS				
REPORTE DE RESULTADOS				
INFORME FINAL				

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Basabe, Nekane; Valdosedá, Maite; Paéz, Darío (1993). Cap. 14 Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En Salud, expresión y represión social de las emociones. R.M. Moos. 1993. PT 414.
- Crespo L.M.; Cruzado R JA. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación Española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. En Análisis y Modificación de Conducta, 1997, Vol 23, N° 92.
- Folkman, S y Lazarus, R. S (1986). Cap. 5 El concepto de afrontamiento. En Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona. Ed. Martínez Roca.
- Font Guiteras, A. (1986) Estrategias de Afrontamiento, Adaptación y Calidad de Vida. En Folkman, S y Lazarus, R. S (1986). Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona. Ed. Martínez Roca.
- Giles, M.; Llul, D.; Richard's, M. (2001). Estrategias de afrontamiento situaciones estresoras en pacientes internados por enfermedades cardiovasculares: resultados preliminares. Estrés y Salud. 1° Publicación resúmenes trabajos de investigación presentados en Bs. As. En el marco del 1° Congreso Argentino de Medicina del estrés. (pp.4 -6).
- Omar, A. G. (1995). Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Rosario. Ed. Lumen.
- Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother, Psychosom*, 22:255-253.
- Sivak, Roberto; Wiater Adriana (1997). Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires - Barcelona - México. Ed. Paidós.
- Sivak. R. y Wiater. A. (1997) *Alexitimia la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Soriano, J. (1994). Las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva transaccional. *Boletín de Psicología*, N° 44, 77-92.
- Soriano, J; Zorroza, J. (1999). Analisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM y WOC. *Boletín de Psicología*, n°63, 77-97.
- Taylor, G. J. y Bagby M. (1988) Measurement of alexithymia, *Psychiatric Clinics of North América* Vol.11, N°.3.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro supervisor, Dr. Sebastián Urquijo, quien nos guió siempre con mucha disposición y sin el cual este trabajo no hubiese sido posible. Gracias por su tiempo.

A nuestra co – supervisora, María Richard´s, quien siempre se mostró muy generosa tanto para brindarnos su tiempo disponible, como con gran parte del material que utilizamos para este trabajo de investigación.

Y a nuestros seres queridos que en todo momento nos acompañaron.

Natalia, Luciano y Juan Pablo.

INDICE GENERAL.

<i>Plan de Trabajo</i>	.....	<i>Pág. V</i>
<i>Agradecimientos</i>	.....	<i>Pág. XV</i>
<i>Introducción</i>	.....	<i>Pág. 1</i>
<i>El Concepto de Aleximitia</i>	.....	<i>Pág. 2</i>
<i>Las Estrategias de Afrontamiento</i>		<i>Pág. 12</i>
<i>Las Enfermedades Cardiovasculares</i>		<i>Pág. 25</i>
<i>Metodología</i>	.....	<i>Pág. 40</i>
<i>Resultados</i>	.....	<i>Pág. 44</i>
<i>Análisis de los Resultados</i>	.....	<i>Pág. 58</i>
<i>Discusión de los Resultados y Conclusiones</i>	.....	<i>Pág. 62</i>
<i>Referencias Bibliograficas</i>		<i>Pág. 66</i>
<i>Anexo</i>	.....	<i>Pág. 68</i>

Introducción

El objetivo del siguiente trabajo es demostrar que ciertos estilos de afrontamiento de situaciones estresantes pueden relacionarse con un deterioro de la salud; en este caso investigamos lo que ocurre con el aumento de la probabilidad del padecimiento de trastornos cardiovasculares.

También nos proponemos establecer un posible perfil característico de las personas con alexitimia en función a las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas y su incidencia en el padecimiento de episodios isquémicos agudos.

Para esto comenzaremos desarrollando conceptualmente cada una de las variables. Posteriormente estableceremos, a partir de los resultados obtenidos por las técnicas empleadas, la relación existente entre los cuatro grupos de acuerdo a la asiduidad del uso de ciertas estrategias de afrontamiento y la presencia o ausencia de episodio isquémico agudo y de alexitimia.

Conceptualización de la Alexitimia

En la década del '70, P. Sifneos y J. Nemiah (Sifneos, 1973-1975) observaron en pacientes psicósomáticos la dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos. Lo consideraron una perturbación cognitivo-afectiva que denominaron alexitimia (del griego a: "falta"; lexis: "palabra", thymos: "afecto"), que significa literalmente "ausencia de verbalización de afectos". Se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción ante situaciones conflictivas.

El término alexitimia describe un trastorno específico en el procesamiento emocional que se manifiesta principalmente mediante 5 ejes principales (Taylor y col. 1988)

1. La dificultad para explicar o describir sentimientos.
2. La dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
3. La falta de capacidad introspectiva.
4. La tendencia al conformismo social.
5. El empobrecimiento de la capacidad para fantasear.

Recientemente diversos investigadores han propuesto que la alexitimia no solo consiste en una dificultad en la expresión verbal de las emociones, sino un déficit en el procesamiento cognitivo (Berenbaum y Prince, 1994; Martínez- Sánchez y Marín, 1997), a consecuencia del cual las emociones



permanecen indiferenciadas y pobremente regulas (Taylor, Bagby, y Parker, 1991).

Se ha hipotetizado que, en sujetos con altos niveles de alexitimia, la limitada conciencia emocional junto al deficiente procesamiento cognitivo de los afectos, propiciaría la prolongación del malestar emocional y la activación fisiológica, lo que podría provocar trastornos autonómicos, endocrinos e inmunes, favoreciendo la lesión estructural en sistemas orgánicos especialmente vulnerables al trastorno (Martin y Pihl, 1986. *“Esta tendencia podría explicar la propensión hacia los trastornos somáticos “funcionales”, descrita en los alexitimicos. Además, la alexitimia es interpretada como uno de los posibles factores de riesgo que puede incrementar la susceptibilidad hacia el trastorno físico “(Parker, Bagby, y Taylor, 1989; Martínez Sanchez, 1997).*

Si se entiende la alexitimia como una *alteración de la personalidad*, siguiendo a J. Krystal (Krystal, 1979; Krystal y col; 1986), se pueden diferenciar tres áreas de trastornos:

1. Cognitivo
2. Afectivo
3. De las relaciones interpersonales.

Con respecto al trastorno cognitivo corresponde a los rasgos descritos en el pensamiento operatorio, en las dificultades para simbolizar, no corresponden a una limitación intelectual. Utilizan los símbolos como signos, sin creatividad y sin integrarlos en un contexto personal.

El trastorno afectivo se refiere a la dificultad de verbalizar las emociones y a la dificultad de diferenciar sensaciones corporales y actuaciones impulsivas. El trastorno en las relaciones interpersonales supone una alteración de la empatía.

R. Retamales (1989) califica los rasgos que caracterizan la alexitimia en esenciales y accesorios. Los esenciales constituyen el núcleo del trastorno y los accesorios se dan en gran parte de los casos.

Rasgos Esenciales y Accesorios de la Alexitimia.

Rasgos Esenciales:

- Pensamiento simbólico reducido o ausente: es utilitario y minucioso, y está centrado en los detalles del entorno, referido a acontecimientos externos sin que el sujeto exprese sus sentimientos, tensiones, deseos o motivaciones.
- Limitada capacidad para fantasear: inhibición de la fantasía como realizadora de deseos, que les impide la representación e sus impulsos, o la simbolización de las tensiones como un paso previo a la actuación.
- Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras: el término "alexitimia" se refiere a este aspecto. Son personas que se encuentran limitadas para diferenciar estados emocionales, para localizar sensaciones y experiencias corporales, por lo que expresan sus demandas en términos físicos.

Rasgos Accesorios de la Alexitimia:

- Alto grado de conformismo social: son personas aparentemente bien adaptadas, pero como señala J. McDougall (1987), se trata de una “seudo normalidad”, pues su comportamiento es muy rígido y dependiente de las convenciones sociales. Su existencia transcurre de manera mecánica.
- Relaciones interpersonales estereotipadas: la capacidad para relacionarse con otros se encuentra deteriorada según Krystal. Como tienen relaciones inmaduras pueden establecer con facilidad relaciones de dependencia o caer en el aislamiento, evitando el contacto con la gente.
- Impulsividad como expresión de conflictos: pueden llegar a la expresión afectiva descontrolada por su tendencia a expresar conflictos sin elaborarlos previamente.

Según Pedinielli (1992), con respecto a las emociones y los sentimientos, la referencia a la expresión de las emociones plantea un primer problema, pues a menudo se confunden expresión y verbalización. Los sujetos alexitímicos tienen una representación cognitiva de informaciones afectivas que reconocen y responden de manera apropiada a las convenciones lingüísticas que tienen que ver con las emociones, y poseen códigos motores necesarios para la ejecución ordenada de expresiones de emociones, pero no existe en ellos conexión entre la experiencia afectiva y la comunicación de ésta. Para este autor, los términos “emociones” y “sentimientos”, “thymós” y “afectos”, no son sinónimos aunque designan realidades vecinas. Sifneos realiza una diferenciación entre afecto, emoción

y sentimiento. Las emociones tienen que ver con las emociones viscerales; éstas constituyen la dimensión biológica del afecto. La emoción es expresada por comportamientos y mediatizada por el sistema límbico. Los sentimientos constituyen el aspecto psicológico del afecto. El afecto es un estado interno que posee compuestos biológicos y psicológicos, es producto de la emoción y el sentimiento. En la alexitimia predominan las respuestas fisiológicas y comportamentales en detrimento de otras respuestas. Nemiah y Sifneos observan la aparición de la emoción, pero de una manera tan brusca que desaparece rápidamente ni bien se pasa a otro tema.

Sifneos refiere que la persona puede pensar, actuar, hablar y reconocer las emociones, pero no puede conectar los pensamientos con los estados emocionales. Contrariamente, Taylor (1987) opina que los sujetos alexitimicos son incapaces de nombrar sus sentimientos y de utilizarlos en respuesta a situaciones externas.

Los estudios sobre la alexitimia han tratado primero de examinar su relación con la psicósomática y de explicar su génesis. Como también fue hallada en sujetos sin enfermedades somáticas, los estudios se han orientado hacia las relaciones entre cogniciones y emociones.

Se han desarrollado algunos modelos teóricos que tratan de explicar la alexitimia, éstos son:

- Neuropsicológico
- Psicodinámico
- Sociocultural.

Con respecto al modelo *neuropsicológico* (Pardinielli, 1992), la escuela de Boston (Sifneos, Nemiah), desde el comienzo tomaba en cuenta una etiología fisiológica o biológica de la alexitimia, y postulaba una posible conexión inadecuada entre el sistema límbico (lugar de las emociones) y el neocórtex (lugar de la palabra). Sifneos trató de articular los factores neuropsicológicos y psicodinámicos. Para los alexitimicos, las relaciones interpersonales pueden conducir a situaciones de estrés, lo cual les produce sensación de impotencia y trae consecuencias psicológicas (pensamiento operatorio, respuestas de acción para descargar la tensión) y fisiológicas (hiperactividad del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino). Frente al conflicto, el sujeto alexitimico parece tener pocos recursos psicológicos para hacerle frente y esto contribuye a aumentar los efectos negativos del estrés.

Nemiah trabajó junto a Sifneos. Ellos proponen un modelo que pertenece al campo neuroanatómico; su hipótesis es que la alexitimia está ligada a la ausencia o al defecto del paso entre los centros neuronales relacionados con el afecto, o bien a la falta de estos centros.

La alexitimia surgiría por un bloqueo del sistema límbico de los impulsos destinados a la corteza cerebral; este bloqueo imposibilitaría el conocimiento de las emociones, en lo que puede estar implicada la dopamina.

Sabemos, desde la neurofisiología, que las funciones del hemisferio cerebral derecho y del izquierdo no son las mismas. En los diestros, el hemisferio izquierdo dirige funciones superiores como el lenguaje, el costado

derecho del cuerpo, la praxis y la gnosis; es analítico y discursivo (gramatical, lógico, secuencial). El hemisferio derecho en los diestros se ocupa de la comprensión y la expresión de las emociones y la comprensión de elementos afectivos. Como la alexitimia es una forma de no expresar emociones, puede que el hemisferio derecho esté implicado. En general los resultados sugieren que la alexitimia puede deberse a una imposibilidad de transferencia de información entre el hemisferio derecho y el izquierdo, y también a limitaciones o un hipofuncionamiento del hemisferio derecho.

Haciendo referencia al modelo de estrés, la alexitimia podrá ser una respuesta a él como lo demostró Sifneos. El estrés constituiría un síndrome de adaptación general frente a la agresión interna o externa, el organismo como un todo integrado reacciona para volver al equilibrio homeostático frente a la sobrecarga de tensión. En los sujetos alexitimicos la ausencia de conciencia de la afectividad interfiere en el reconocimiento de ciertos acontecimientos como estresantes, y tiende a veces a la acción como respuesta comportamental y a un incremento de las respuestas emocionales somáticas.

Se está desarrollando también *un modelo cognitivo*, ya que la alexitimia se vincula a fenómenos como la dificultad de verbalizar las emociones, la limitación de la vida imaginaria, el discurso fáctico, las conductas de acción. Para Noel y Rimé, citados por Pedinielli, en la alexitimia habría un déficit de relación entre la actividad somato-motriz y el sistema cognitivo- conceptual. Cuando la situación emocional es disparada, el sujeto debe reequilibrar el

sistema y el funcionamiento cognitivo pasa a primer plano. Esta restauración del funcionamiento cognitivo se realiza a través de la reevocación emocional, proceso que permite resituar la experiencia emocional en un cuadro témporo-espacial.

Modelo Psicodinámico: existen distintos enfoques teóricos que estudian la alexitimia como un *mecanismo de defensa* o como un *déficit* en la organización psíquica.

J. Krystal (1979) atribuye la alexitimia a una detención en el *desarrollo del afecto* por un trauma psíquico infantil o por una *regresión* afectivo-cognitiva después de una catástrofe traumática en la vida adulta. La aparente negación de afectividad no se limita a los afectos dolorosos sino que también las personas alexitimicas presentan una incapacidad para experimentar satisfacción y placer, denominada *anhedonia*.

Según Pedinielli (1992), para Krystal, el proceso de verbalización y de desomatización de las emociones se realiza originariamente en la relación madre-hijo y continúa hasta la adolescencia. En el período adolescente también la tolerancia a las emociones permite el trabajo de duelo que ayuda a abandonar el apego a representaciones infantiles del sujeto y del objeto. La alexitimia surge frente al fracaso de este proceso. Así, la frustración del futuro alexitimico surge de constatar la separación entre la madre y el hijo y de la imperfección de ésta. En lugar de una actividad de fantasmaticación y de deseo surge un control de objeto y un repudio del fantasma. Así la realidad es utilizada como defensa contra la actividad fantasmatica .

La teoría etiológica de la alexitimia de Krystal sugiere que puede estar provocada por dos tipos de traumatismos: - los traumatismos infantiles y - los traumatismos catastróficos. El traumatismo infantil surge mientras la madre no puede aliviar al infante de su desamparo y su angustia. En los adultos los procesos traumáticos dan como consecuencia el bloqueo de la iniciativa, de la capacidad de registrar los afectos y el dolor, la de-simbolización.

Para J. McDougall (1982, 1987) la alexitimia es un *modo defensivo* de la estructura psíquica frente a los acontecimientos con valor traumático para el aparato psíquico.

Afirma que el concepto psicodinámico de alexitimia puede ser considerado complementario del modelo neurobiológico.

Modelo Sociocultural: L. Kirmayer y colaboradores (1993,1987) citados por Casullo (1989) enfocan a la alexitimia como resultado de un proceso social y cultural. Las emociones existen en todas las culturas, pero no en todas las culturas se remite a sentimientos intrapsíquicos para entenderlas. La alexitimia podría ser la resultante de un tipo de interacción social, la proyección en uno de los integrantes de la díada (el paciente) del fracaso en la construcción de un espacio simbólico compartido: aparecen como alexitimicos las minorías, los sectores sociales bajos, los migrantes, las personas con menor nivel de escolaridad.

Factores Socioculturales: Taylor (1988) dice que los resultados que examinan las relaciones entre alexitimia y variables socioculturales son conflictivos. Esos resultados, dice, presentan una dudosa validación, al usar

escalas psicométricas de escaso valor para evaluar el constructo. En el estudio que presenta una muestra de adultos normales, con la TAS, la alexitimia no se asocia con la edad, el género, el nivel educacional, el *status* socioeconómico ni la inteligencia.

Para Kirmayer (1987, citado por Casullo), la alexitimia es un resultado de un proceso sociocultural. Aun cuando las emociones existen en todas las culturas y tienen una dimensión ética, no todas ellas remiten a sensaciones o sentimientos intrapsíquicos para entenderlas, sino que algunas pueden valorizar las manifestaciones corporales o su dimensión religiosa o moral. Según Casullo, lo que estaríamos evaluando al referirnos a alexitimia es el hecho de que ciertas personas, según sus experiencias de socialización e identificación con determinados modelos sociales, han aprendido a evitar a hablar de lo que sienten, en especial frente a alguien ajeno al grupo primario de pertenencia. La imposibilidad de clarificar los objetivos y las metas de un vínculo comunicacional podría llevar a observar indicadores alexitimicos.

Las minorías étnicas, los sectores sociales bajos, los migrantes y los refugiados suelen aparecer como alexitimicos. En ciertas culturas existirían prohibiciones culturales de contar o reconocer problemas personales fuera del grupo inmediato de pertenencia. Se privilegia el bienestar colectivo a las necesidades privadas.

Es así, que podemos decir que: la alexitimia puede estar expresando un conflicto intrapsíquico de importancia o quizás un patrón aprendido por el sujeto en su calidad de actor social y participante cultural.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y COPE

El Concepto De Afrontamiento

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

El afrontamiento es definido por Folkman, S y Lazarus, R S (1986) como "el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos". Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un *proceso* y no de un rasgo como sí lo entendía el modelo psicodinámico. Según éste, los rasgos hace referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones. En cambio, en la teoría transaccional, se considera al afrontamiento como *proceso* por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia.

Afrontamiento Como Proceso Y Sus Aspectos Principales

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres *aspectos* principales: *Primero*: el que hace referencia a las observaciones y



valorizaciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición, con lo que éste generalmente hace o haría en determinadas condiciones (lo cual pertenece al planteamiento de rasgo). *Segundo:* lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el afrontamiento y evaluarlo necesitamos conocer aquello que el individuo afronta. Cuando más exacta sea la definición del contexto, más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno. *Tercero:* hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en que el individuo en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo- entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. Al margen de su origen, cualquier cambio en la

relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. El proceso de reevaluación, a su vez, influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas que, como hemos señalado, difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican.

Según Folkman y Lazarus (1986) el proceso de afrontamiento implica diferentes *etapas* y la amenaza al bienestar se evalúa de manera distinta en cada una de las mismas, dando lugar a diferentes formas de afrontamiento.

En líneas generales se consideran 3 etapas principales, la de anticipación, la de impacto y la de postimpacto, cada una con sus características específicas.

Durante la *anticipación* el acontecimiento no ha ocurrido todavía y los aspectos principales a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, el momento en que ocurrirá y su naturaleza. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto puede hacerlo y de qué forma (evaluación secundaria).

Cuando el acontecimiento nocivo se manifiesta en su totalidad (*impacto*), el individuo empieza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba y en qué aspectos. Encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que puede ejercerse sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia. Llamamos a estas cogniciones

reevaluaciones o también se ha utilizado el término redefinición de la situación.

Estos procesos cognitivos que comienzan durante el período de impacto, muchas veces persisten hasta el período de *postimpacto*, en el que además emergen nuevas consideraciones. ¿Cómo uno puede reaccionar psicológica y materialmente después del daño?, ¿Cuál es el significado o importancia personal de lo que ha ocurrido?

Funciones Principales Del Afrontamiento

El afrontamiento sirve para *dos funciones* primordiales: manipular o alterar el *problema* con el entorno causante de perturbación (*afrontamiento dirigido al problema*), y regular la respuesta *emocional* que aparece como consecuencia (*afrontamiento dirigido a las emociones*). Ambos tipos se influyen el uno al otro y pueden potenciarse o interferirse.

En general las formas de afrontamiento dirigidos a la emoción aparecen si ha habido una evaluación de que nada pueda hacerse para modificar el entorno amenazante y las formas de afrontamiento dirigidas al problema si las condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus, 1980).

Modos de Afrontamiento Dirigidos a la Emoción

Existen varias formas de afrontamiento dirigidos a la emoción. Un grupo está constituidos por procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos

negativos. Otro grupo incluye las estrategias dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; algunas personas necesitan sentirse mal antes de pasar a sentirse mejor o para encontrar consuelo.

Otras formas cognitivas de afrontamiento dirigidos a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Se trata de reevaluar la situación para reducir la amenaza. De todas maneras no toda reevaluación va dirigida a la regulación de la emoción, algunas se dirigen al problema en si mismo.

Están aquellas estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian directamente el significado del acontecimiento como hacen las reevaluaciones cognitivas. El significado de una interacción puede permanecer invariable aunque algunos de estos aspectos sean ignorados o desaparezcan temporalmente los pensamientos del sujeto sobre ella. Sin embargo estas no son reevaluaciones en si mismas, es decir hay ciertas formas de este tipo de afrontamiento que son reevaluaciones y otras que no, e incluso algunas, unas veces lo son y otras no.

Modos de Afrontamiento Dirigidos al Problema

Este grupo de estrategias son parecidas a las que se utilizan para la resolución del problema, por ejemplo: definir el problema, buscar soluciones alternativas. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio. Según Folkman y Lazarus (1986) la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al

problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

Este punto viene señalado por Kahn y sus colaboradores (1964), que hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que hacen referencia al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conductas o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Recursos Para El Afrontamiento

Decir que una persona tiene un gran número de recursos, no solo significa que dispone de mucha cantidad, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante distintas demandas del entorno. El enfoque de Lazarus y Folkman (1986) difiere del de Antonovsky (1979). Este último autor se refiere a los factores que contribuyen a la *resistencia* al estrés, mientras que Lazarus y Folkman tienen en cuenta los recursos que el individuo muestra para afrontarlo, es decir que serían "factores que preceden e influyen en el afrontamiento, lo que a su vez interviene en el estrés".

Dimensiones de los Recursos de Afrontamiento.

Salud y Energía

Se hallan entre los recursos más generalizados de los relevantes en el afrontamiento de muchas situaciones estresantes. Una persona enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. Sin embargo, las personas enfermas generalmente pueden movilizarse lo suficiente como para afrontar una situación cuando lo que se halla en juego es suficientemente importante para ellas.

Creencias Positivas

En esta categoría se hallan aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas.

Sin embargo no todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. Una creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia de una determinada estrategia puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas.

Técnicas Para La Resolución Del Problema

Incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados y elegir un plan de acción apropiado (Janis, 1974; Janis y Mann, 1977).

Habilidades Sociales

Constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Estos tipos de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

Apoyo Social

Tener a alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento.

Recursos Materiales

Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que puedan adquirirse con él. Simplemente el hecho de tener dinero, incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento efectivo.

Limitaciones En La Utilización De Los Recursos De Afrontamiento

En muchas ocasiones los recursos son adecuados, pero es el individuo el que no los utiliza al máximo porque hacerlo podría crear conflictos y perturbaciones adicionales. Los factores que restringen el afrontamiento se derivan de factores personales, en tanto que otros dependen del entorno.

Condicionantes Personales

Hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo.

Condicionantes Ambientales

Existen tanto en el ambiente como en el individuo. Dado que muchos recursos son finitos hay que decidir como distribuirlos. En otros casos, el entorno impide el uso apropiado de los recursos. El entorno puede responder a los esfuerzos de afrontamiento del individuo de un modo tal que acabe anulando sus estrategias.

Grado de Amenaza

La amenaza puede ser evaluada como mínima cuando se experimenta escasa sensación de estrés, o como máxima cuando provoca emociones negativas intensas como el miedo. Junto con los recursos y los condicionantes, el grado de amenaza que experimenta el individuo juega un papel importante en la determinación del afrontamiento. El grado en que una persona se siente amenazada depende de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, en parte, de los condicionantes que limitan su aplicación. El grado de amenaza, a su vez, influye en el grado en que tales recursos pueden aplicarse. Cuando mayor es la amenaza, más primitivos, regresivos o desesperados tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la

emoción y más limitado el abanico de los modos de afrontamiento dirigido al problema.

El Patrón De Conducta "A" Como Una Estrategia De Coping En Sí Misma

Para la Dra. Alicia G. Omar (1995), el patrón de conducta Tipo A juega un rol preponderante. La conducta Tipo A descrita por Friedman y Rosenman (1959), es un patrón comportamental caracterizado por un elevado sentido de la urgencia del tiempo y por un grado de hostilidad fácilmente activado.

El *patrón tipo A (TAB)* ha sido descrito como compulsivamente competitivo, siempre apurado, a menudo hostil. Los rasgos de cinismo, suspicacia y retraimiento también han sido asociados con este patrón. Los sujetos típicamente A se perciben como grandes trabajadores, competitivos, intolerantes y fácilmente irritables por la acción de los otros. Ellos parecen confiar más en su propia fuerza que estar dispuestos a trabajar cooperativamente, y no tienden a usar los soportes sociales disponibles (Greenglass, 1988).

El *patrón Tipo B (TBB)*, por el contrario, ha sido concebida como la ausencia de conductas TAB, caracterizándose por una relativa falta de urgencia, impaciencia, falta de seguridad en sí mismos y respuestas hostiles.

La evidencia empírica sugiere que entre estos patrones comportamentales existen diferencias individuales en la actividad del coping.

La Evaluación Del Afrontamiento: C.O.P.E

De acuerdo con Crespo, M y Cruzado, J.A (1997) el procedimiento más utilizado en la evaluación del afrontamiento es el cuestionario realizado por R. Lazarus y su grupo, en estrecha relación con el Inventario de Modos de Afrontamiento (*Ways of Coping Inventory, WOC*), en el que se cuestiona a los sujetos acerca de sus pensamientos y conductas para hacer frente a una situación estresante dada. En 1980 Folkman y Lazarus desarrollan la primera versión, la misma contenía ítems que fueron clasificados en dos escalas: estrategias centradas en la resolución del problema o situación, y centradas en regular el malestar emocional ante la situación. Constaba de 68 ítems o conductas de afrontamiento, los sujetos debían marcar si la había utilizado o no en una situación estresante concreta en un determinado período de tiempo.

En 1984 se revisa la escala (Folkman y Lazarus) y se suprimen algunos ítems que resultaban poco claros, se reformulan otros y se añadieron algunos sugeridos por los sujetos participantes en los estudios previos. Se modificó la forma de respuesta, adoptándose una escala tipo Likert de cuatro puntos. La versión consta de 66 ítems.

En 1988 Folkman y Lazarus proponen una versión más reducida con 50 ítems, en la que se seleccionaron los ítems de mayor peso en cada factor.

Posteriormente, Carver, Scheier y Weintraub (1989) desarrollaron el cuestionario COPE, como alternativa del WOC. Este pretende lograr mayor

precisión que su predecesor en la formulación de ítems, y ampliar el número de áreas a evaluar, incluyendo otras de interés teórico de los autores. Las escalas a evaluar son 13 y cada una tiene cuatro ítems a evaluar. Las escalas y los ítems estaban basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (1981, 1983, 1985) y Scheier y Carver (1988). A estas 13 escalas iniciales se añadieron con posterioridad dos más (Carver, 1991 comunicación personal). Por consiguiente, el cuestionario final consta de 70 ítems (4 por cada una de las 15 escalas), que expresan conductas que el sujeto pone en marcha para hacer frente a una situación estresante. El sujeto responde en una escala tipo Likert de 4 puntos, indicando la frecuencia con que utiliza cada una de las conductas.

Como particularidad el cuestionario fue diseñado para ser aplicado en versiones tanto disposicional (es decir, qué el sujeto hace habitualmente para afrontar situaciones estresantes) como situacional (cómo hace frente a un problema específico o a los problemas acaecidos en un período determinado). El cuestionario puede utilizarse para evaluar disposiciones o estilos de afrontamiento y estrategias específicas, esto permite hacer comparaciones entre ambos aspectos del afrontamiento.

Descripción Y Caracterización De Las Escalas Del Cuestionario COPE

- *Afrontamiento Activo*: Llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor.



- *Planificación*: Pensar cómo va a hacer frente al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo.
- *Búsqueda de Apoyo Social Instrumental*: Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
- *Búsqueda de Apoyo Social Emocional*: Obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.
- *Supresión de Actividades distractoras*: Quitar su atención de otras actividades en las que pueda estar implicado para concentrarse de forma más completa en el estresor.
- *Religión*: Aumentar su implicación en actividades religiosas.
- *Reinterpretación Positiva y Crecimiento Personal*: Sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.
- *Refrenar el Afrontamiento*: Afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
- *Aceptación*: Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
- *Centrarse en las Emociones y Desahogarse*: Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- *Negación*: Intenta rechazar la realidad del suceso estresor.
- *Desconexión Mental*: Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o auto- distracción.

- *Desconexión Conductual*: Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
- *Consumo de Alcohol o Drogas*: Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
- *Humor*: Hacer bromas sobre el estresor.

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares, según Bueno y Buceta (1991), son la principal causa de muerte y morbilidad severa en la mayoría de los países desarrollados. De acuerdo a un informe de la American Heart Association (1996), el infarto de miocardio se encuentra entre las principales causas de muerte entre adultos en el mundo occidental y en nuestro país.

A pesar de las altas tasas de mortalidad, el adelanto en la tecnología sanitaria, ha posibilitado un mayor índice de supervivencia en pacientes que han sufrido un primer infarto de miocardio. Esta situación implica un desafío para los profesionales relacionados con la salud mental, en relación al estudio y desarrollo de procedimientos cada vez más eficaces que permitan la adecuada recuperación de los pacientes.

Bueno y Buceta (1991), afirman que para la adecuada recuperación de los sujetos infartados, además de la imprescindible necesidad de la intervención médica, será preciso, en la mayoría de los casos, la adecuada ayuda psicológica que permita el entrenamiento del paciente en las

habilidades conductuales y cognitivas que faciliten la superación del impacto negativo provocado por la ocurrencia del infarto, así como la exitosa modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario y de modos de funcionamiento laboral, familiar y social que permitan al paciente la reincorporación a sus actividades habituales en condiciones que garanticen su salud y bienestar personal, reduciendo, en la mayor medida posible, el riesgo de reinfarto.

Por otra parte el infarto de miocardio afecta el comportamiento del paciente en prácticamente todas las áreas de funcionamiento cotidiano, debido a que, el pronunciado deterioro físico, psicológico y social tras abandonar el hospital, parece relacionarse, principalmente, con el impacto posterior al episodio, más que con el deterioro del sistema cardiovascular.

Bueno y Buceta (1991) afirman que la reacción emocional del paciente, puede adoptar muy diferentes formas: Es posible que responda favorablemente y no experimente reacciones perjudiciales ligadas a este hecho; pero, lo más habitual es que tales reacciones se produzcan, observándose diferencias individuales notables. Por ejemplo, se han observado casos en los que se presentan reacciones catastrofistas sobre las repercusiones negativas que el padecimiento del infarto acarreará sobre la propia vida familiar, laboral, sexual y/o social; y al contrario, también puede ocurrir que los sujetos reaccionen ante la situación con excesivo optimismo, igualmente irracional, llegando a negar el hecho de haber padecido un problema grave de salud. Estas diferencias individuales, desde nuestro

punto de vista, están determinadas por diferentes características de personalidad.

La idea de que las emociones, los sentimientos y el contexto social pueden contribuir a la causa de la cardiopatía no es nueva. Según afirma Eaker (1992), durante siglos ha habido una asociación popular, aunque no científica, entre el corazón y las emociones. Esta observación data del escrito de Harvey quien, en 1628 afirmó que “todo trastorno de la mente que es vivido con dolor o con placer, esperanza o temor, provoca una agitación cuya influencia alcanza el corazón”. Doscientos años después, en 1897, Osler, observó que la relativamente rara enfermedad de la arteriosclerosis y los episodios de angina no afectaban al azar a la comunidad sino que atacaban a un tipo determinado. El creía que la alta presión con la que viven los hombres y el hábito de forzar la maquina hasta su capacidad máxima eran los responsables de la degeneración arterial, y no los excesos con la comida y la bebida.

En 1959 los cardiólogos Rosenman y Friedman, en un intento por determinar cuales eran las características personales de quienes habían sido afectados por un infarto de miocardio, propusieron un conjunto de características de comportamiento que parecía describir la forma en la que estos pacientes se comportaban. A este conjunto de características lo denominaron “*patrón de conductas tipo A*”. Estas se caracterizan por: a) esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos; b) elevada inclinación hacia la competitividad; c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio; d)

constante implicación en múltiples y diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; e) propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas; y f) extraordinario nivel de alerta física y mental.

En los años setenta se realizaron múltiples estudios *epidemiológicos*, cuyos resultados llevaron a la aceptación del patrón de conducta tipo A, como factor de riesgo coronario (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981). Sin embargo esta idea ha sido cuestionada fundamentalmente debido a la confusión conceptual creada en torno a la propia definición y medida del patrón de conductas tipo A. Otras investigaciones afirman que la personalidad tipo B, caracterizada por negativismo, inseguridad, angustia, inhibición social y falta de agresividad, es también un factor de riesgo coronario. Abadal (1999), afirma que las estadísticas vitales demuestran que la mortalidad coronaria aumenta con la edad de forma constante y continuada en ambos sexos. Furman en 1968 ya puso de manifiesto que la menopausia no tenía un efecto apreciable sobre el incremento exponencial de la cardiopatía coronaria con la edad. El argumento de los estrógenos como factor protector es difícil de rebatir. Evidentemente, hay estudios que demuestran la acción beneficiosa de las hormonas femeninas sobre el sistema cardiovascular y sobre los factores de riesgo coronario.

Por otro lado, Abadal (1999) considera que, los papeles sociales y familiares que desempeñan los varones y las mujeres, aunque se han nivelado en la sociedad actual, son desfavorables para los varones. Los

hábitos de vida insalubres, el trabajo y la competitividad, el soporte social, el estilo de comunicación y el tipo de personalidad constituyen una constelación que definen la masculinidad y la feminidad. En una revisión publicada en 1995, Barrett-Connors analizaba las diferencias de riesgo coronario entre hombres y mujeres sin dar una respuesta concluyente, ayudaba a comprender la situación tan favorable de la mujer respecto al varón en una enfermedad frecuente y grave, primera causa de muerte en el mundo occidental.

En relación a la depresión y los accidentes cardiovasculares, según Bronstein y Fernández (1999), en los últimos años aumentaron las evidencias que demuestran que no sólo el rasgo de personalidad, sino que además “el estado” depresivo podría tener consecuencias importantes para el desarrollo y posterior evolución de la enfermedad isquémica. Hay datos que permiten avalar que la depresión no es simplemente una respuesta emocional secundaria a la enfermedad sino un factor de riesgo independiente. Los trabajos que apoyan esta posición de factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria también observaron una mayor mortalidad en pacientes con síntomas depresivos desarrollados posteriormente al infarto agudo de miocardio. Se sugiere una posible relación entre arritmias, depresión y mortalidad cardíaca (Frasure-Smith y Lesperance, 1995).

Los mecanismos posibles para explicar la mayor vulnerabilidad de los pacientes depresivos para las enfermedades cardiovasculares incluyen: la hiperactividad simpático-adrenal, la disminución de la variabilidad de la

frecuencia cardíaca, la inestabilidad ventricular y la isquemia miocárdica frente al stress mental y las alteraciones plaquetarias (Musselman, Dwight, Nemeroff, 1998).

Un área de interés para la investigación es la respuesta cardíaca al stress mental. Es ampliamente difundido y aceptado el efecto deletéreo sobre la función cardíaca de los estados emocionales negativos y su capacidad de complicar o disparar episodios isquémicos. Los mecanismos de control del Sistema nervioso Central pueden disminuir el umbral para la fibrilación ventricular. Los pacientes con enfermedad coronaria presentan un aumento de la actividad ectópica ventricular frente al stress psicológico

El concepto de depresión vascular está limitado como el concepto de demencia vascular. El mayor problema es reducir la causa a los factores vasculares. Se puede especular que la depresión en los pacientes con riesgo o enfermedad cerebro vascular es multifactorial en su origen y que los factores vasculares no constituyen su etiología. Es posible que el tratamiento de los factores de riesgo vasculares y de la depresión redunde en beneficio del paciente. El concepto de depresión vascular tiene implicancias diagnósticas, pronósticas y de tratamiento.

Como decíamos, en los últimos años diversos estudios han aportado datos substanciales que relacionan fisiopatología de origen vascular y enfermedades psíquicas. Esta relación se da en un doble sentido: existen datos que correlacionan la disfunción endotelial con la presencia de síntomas y síndromes mentales y del mismo modo, también hay datos que correlacionan la enfermedad mental con la posterior aparición de

enfermedades clínicas. Por ejemplo, varios estudios de seguimiento han demostrado que la hipertensión arterial es factor de riesgo para la ansiedad o la depresión. Otros estudios han demostrado que un solo evento depresivo aumenta el riesgo relativo de infarto agudo de miocardio 2,12 veces.

Diversos estudios sugieren que:

- la depresión es un factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria;
- la aparición de un episodio depresivo en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio aumenta el riesgo de mortalidad en los próximos seis meses;
- cuando el primer episodio depresivo en una persona aparece después de los 60 años y cuando existen factores de riesgos para una enfermedad vascular ese episodio depresivo puede tener origen vascular;
- la depresión de inicio tardío tiene una gran comorbilidad (40% en la Argentina) con enfermedad vascular;
- el infarto agudo de miocardio cuando se acompaña con síntomas depresivos supone un alto riesgo (58%) de muerte por arritmia. Esto implica que los síntomas depresivos empeoran la patología cardíaca;
- después de un by pass coronario aumenta la probabilidad de sufrir patología depresiva;
- tener síntomas depresivos implica mayor riesgo de sufrir stroke.

En relación al estrés y según Picó Aracil (1993), Friedman y Rosenman (1969) desarrollaron el concepto de "patrón de comportamiento proclive a coronariopatías" que llamaron tipo A, caracterizado por la lucha por la

dominación, por controlar un ambiente que perciben como hostil y amenazante y se traduce en rapidez, prisas, impaciencia, comportamiento competitivo. La hostilidad, ambición, agresividad y competitividad son los factores más relevantes de su carácter. A lo largo de las últimas décadas, este factor ha demostrado ser tan importante como cualquiera de los otros factores de riesgo de enfermedad coronaria: tabaco, hipertensión o hipercolesterinemia. (Rosenman et al., 1976; Friedman y Rosenman, 1974)

Trastorno Cardiovascular Y Patrón De Conducta Tipo "A"

La cuestión es saber si es el patrón de comportamiento tipo A uno de los factores que favorecen el desarrollo de cardiopatía isquémica, o bien este patrón de comportamiento y la propia cardiopatía isquémica son expresiones de un tracto constitucional, de transmisión posiblemente poligénica. En el primer supuesto, la intervención psicológica podría disminuir la incidencia de enfermedad coronaria. Y así lo sugieren algunos trabajos (Friedman, 1984) Hay datos que sugieren que la variación del comportamiento tipo A es posible y que su modificación puede reducir la frecuencia de reinfarto. Otros trabajos, no han podido demostrar asociación entre patrón de comportamiento tipo A y reinfarto o mortalidad (Shekelle et al. 1985), por lo que la modificación de comportamiento en la prevención secundaria es controvertida.

Estrés Y Enfermedad Coronaria

Desde siempre se unió el estrés al "ataque cardíaco" (angina, infarto, muerte súbita). Las emociones se experimentan psicológica y fisiológicamente, y aunque la variedad de sentimiento es extensa (miedo, cólera, ansiedad, alegría, etc) las respuestas del sistema nervioso autónomo son más limitadas y se parecen a las que provoca el ejercicio físico: taquicardia, elevación de la presión arterial, aumento en el consumo de oxígeno, cambios en el gasto cardíaco y resistencias periféricas, y aumento del flujo a las masas musculares. Las consecuencias cardiovasculares de la emoción, a diferencia del ejercicio, pueden ser más deletéreas por la ausencia de actividad muscular asociada (Pakett y Rosenbaum, 1980) la liberación de catecolamina (adrenalina y noradrenalina) a través del sistema nervioso simpático tiene efectos conocidos sobre el miocardio, con aumento del consumo de oxígeno y de la irritabilidad miocárdica. Al igual que el ejercicio puede representar una amenaza para el paciente con reserva coronaria disminuida, pudiendo intensificar y/o descompensar una insuficiencia cardíaca o una isquemia (Chambers y Reiser, 1953; Klein et al. 1974)

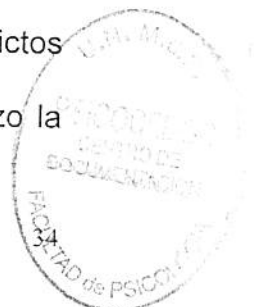
El estrés y los cambios de vida han sido ampliamente investigados mediante el cuestionario de Holmes y Rahe de Experiencias Recientes (1967). Diversos estudios muestran que la puntuación de este cuestionario en los pacientes con infarto agudo de miocardio y referido a los seis meses previos era doble o triple que en el grupo control. Esta asociación entre

cambio de vida y presencia de enfermedad coronaria apoya los hallazgos de Rees y Lutkins (1967) que encontraron aumento de mortalidad en viudos, viudas y familiares próximos en el primer año tras el fallecimiento, así como los de Engel (1971) de pérdida de algún ser querido precediendo la muerte súbita por enfermedad coronaria, aunque algunos de estos estudios podrían no ser fiables por ser introspectivos. El estudio prospectivo de Theorell (1975) no mostró conexión entre cambio de vida e incidencia de infarto de miocardio.

En los países industrializados, alrededor del 65 por 100 de los fallecimientos atribuidos a causa cardíaca ocurren de forma súbita y aunque una afectación ateromatosa coronaria es la causa predisponente, su severidad o distribución no es concluyente, siendo la arritmia ventricular el mecanismo fisiopatológico final. Y las posibilidades de presentar este tipo de arritmia están aumentadas en presencia de estrés psicológico que parece disminuir el umbral de la inestabilidad eléctrica.

El estrés mental también es capaz de aumentar la agregación plaquetaria, originar defectos de perfusión miocárdica en corazones con patología arteriosclerótica, disminuir el diámetro coronario en corazones normales y producir modificaciones hemodinámicas importantes, con elevación de frecuencia cardíaca, de presión aórtica sistólica y diastólica, y presiones de enclavamiento pulmonar que pueden llegar al edema pulmonar.

Las posibles interconexiones entre la hipertensión arterial y los factores psicológicos han sido ampliamente estudiadas. La ansiedad, los conflictos interpersonales y los estímulos ambientales pueden elevar a corto plazo la



presión arterial, los pacientes hipertensos pueden ser particularmente reactivos a tales estímulos. Tales respuestas, repetidas de forma crónica, pueden ser una causa adicional en el desarrollo de hipertensión arterial.

Alexitimia Y Su Relación Con Los Episodios Isquémicos Agudos

Con respecto a la Alexitimia Kauhanen et al (1994) han sugerido que la alexitimia, la dificultad en identificar y expresar los sentimientos internos, podría afectar el curso de varias enfermedades. En el presente estudio, una muestra al azar de 2297 hombres de mediana edad del este de Finlandia, fue evaluada. Para evaluar alexitimia se utilizó la versión final del Autoinforme TAS (Toronto Alexithymia Scale). A pesar de que altos niveles de TAS fueron asociados con diagnósticos preliminares de CHD (Coronary Heart Disease), éstos no fueron asociados con una mayor prevalencia de isquemia sobre un Test de ejercicios de tolerancia. Los resultados del Modo - B ultrasonográfico de la arteria carótida para aquellos quienes tuvieron un diagnóstico de CHD, mostraron que la carótida aterosclerótica en realidad descendía significativamente en la medida en que la alexitimia aumentaba. Un análisis de la interacción indicaba que la alexitimia estaba relacionada con la posibilidad de ser diagnosticada con CHD solamente entre aquellos quienes tenían una leve o moderada progresión de la carótida aterosclerótica, y no entre aquellos con una progresión más severa. La alexitimia estaba asociada con un alto nivel de empeño, y en alguna medida,

con más síntomas del Auto-informe durante el Test de ejercicios de tolerancia. Los descubrimientos sustentan la hipótesis que la alexitimia se relaciona más con el incremento de los síntomas reportados que con los cambios patopsicológicos en CHD. Los resultados también sugieren que los hombres alexitímicos podrían ser diagnosticados antes, quizás a causa de sus diferentes conductas enfermizas.

Hostilidad Y Enfermedad Coronaria

Con respecto a la *hostilidad*, y según Gidron y Davidson (1996), la hostilidad es un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria (CHD), y ciertas sub-escalas de hostilidad (por ejemplo Hostilidad corregida de Barefoot) predicen CHD más poderosamente que medidas de hostilidad global. Una intervención para modificar la CHD predictiva de componentes hostiles fue desarrollada y probada. Veintidós hombres sanos altamente hostiles, los cuáles se igualaron en la edad y los niveles de hostilidad, fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento experimental para hostilidad o a un grupo de control informador. El grupo experimental recibía sesiones semanales de 90 ' para alterar antagonismos, cinismos y reacciones de rabia. Después de controlar niveles de pre-tratamiento, las clases de grupos temáticos mencionados arrojaron un significativo 28 y 19% de la Varianza en el mejoramiento de las puntuaciones de explosiones de rabia observadas y los puntajes de hostilidad corregida de Barefoot, respectivamente.

Así, este tratamiento podría reducir los niveles de hostilidad y la mortalidad de la CHD predictiva. La posible significancia clínica de estos resultados fue probada, y futuros estudios a largo plazo y gran escala son recomendados.

Investigaciones recientes se centran en el rol de la hostilidad como un factor de riesgo coronario en la enfermedad del corazón. La hostilidad se ha vinculado a la mortalidad cardiovascular y es un componente de la conducta tipo a. De todas maneras, los mecanismos a través de los cuales la hostilidad manifiesta sus efectos no han sido determinados. La hostilidad ha sido evaluada como un rasgo de personalidad, con poco énfasis en como el enojo es percibido por los individuos. El presente estudio aspira a evaluar la experiencia afectiva de la hostilidad a través de una entrevista y detalla cualidades de esa experiencia como un potencial mecanismo de riesgo cardiovascular. Se construyó una muestra con sujetos que habían sido clasificados como tipo A y B. Los sujetos con conducta tipo A mostraron una mejor respuesta sistólica cuando su hostilidad estaba en conexión con la frustración vinculada a la necesidad de autonomía. Los sujetos con conducta tipo B mostraron una mejor respuesta sistólica en respuesta a la frustración debida a la insatisfacción de sus necesidades vinculares. Las mejores respuestas cardíacas se observaron en aquellas mujeres que no tendieron a suprimir la expresión de su ira u hostilidad

Resumiendo, en los últimos años se han publicado numerosos estudios (Helgeson y Taylor, 1993; Littman, 1993; Payne, Johnson, Penzien, Porzelius, et-al, 1994; Denollet, 1994, Sykes, 1994; Fowers, 1994; Bennett,



1994; West, Rose y Brewis, 1995; Oldridge, Streiner, Hoffmann y Guyatt, 1995) que establecen, de formas diferentes, la incidencia que los factores y características psicológicas tienen en el infarto agudo de miocardio. También son numerosas las referencias que existen sobre la incidencia de la personalidad en el éxito de los programas de rehabilitación para personas que han sufrido de accidentes cardiovasculares (McSweeney, 1993; Shrey y Mital, 1994; Kugler, Seelbach y Kruskemper, 1994; Frewen, Schomer y Dunne, 1994; Julkunen y Saarinen, 1994; Van Elderen, 1994; McGee, 1994; Scherwitz y Kesten, 1994; Konstam y Houser, 1994; Tooth y McKenna, 1995; Lidell y Fridlund, 1996, Myrtek y Brugner, 1996; Huijbrechts, Duivenvoorden, Deckers, Leenders, et-al, 1996). Sin embargo, los resultados de estas investigaciones presentan resultados diferentes, y a veces contradictorios, sobre el impacto de las características psicológicas en la prevención y rehabilitación de pacientes infartados. Adicionalmente, cabe destacar que no existen referencias de trabajos sistemáticos sobre las características de personalidad de la población de infartados de nuestra región, lo que plantea un interesante campo para la investigación.

Suponemos que la evaluación y determinación de las características de personalidad de pacientes con accidentes cardiovasculares proporcionará la información necesaria para determinar, por una parte, el estado inicial del sujeto respecto a problemas actuales relacionados con el seguimiento de hábitos saludables, la organización familiar, laboral, social y sexual, y con el estado de ánimo tras el padecimiento del episodio cardíaco y, por otra parte,

identificar áreas de vulnerabilidad que puedan aumentar la probabilidad de aparición de problemas en algunos de los ámbitos anteriormente citados.

La determinación de las características de personalidad de las personas infartadas en la ciudad de Mar del Plata, permitirá obtener información adecuada para el diseño de un programa de modificación de hábitos para la prevención secundaria de infartos de miocardio. Adicionalmente permitirá establecer un registro epidemiológico de las características psicológicas diferenciales de esta población particular.

METODOLOGIA

Objetivo

Obtener información acerca de las diferencias en cuanto a la frecuencia y utilización de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con y sin niveles significativos de alexitimia, teniendo en cuenta si han sufrido trastornos cardiovasculares (episodios isquémicos agudos).

- **Objetivos Particulares:**

1. Correlacionar los cuatro grupos de variables y observar si en cada grupo se utilizan estrategias de afrontamiento que puedan conformar un perfil característico.
2. Verificar la existencia de correlaciones entre alexitimia y presencia de enfermedad coronaria.

Sujetos

En este estudio participaron 313 sujetos, a partir de los cuales se conformaron intencionalmente dos grupos: 1) la muestra clínica quedó integrada por 126 sujetos, 109 varones y 34 mujeres con edades entre 36 y 80 años, internados en la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata a causa de trastornos isquémicos agudos. 2) la muestra control se conformó con 153 sujetos seleccionados en forma intencional, pareados por sexo, edad y nivel socio-económico y educacional.

El tipo de diseño utilizado fue correlacional, descriptivo, con hipótesis de diferencias de grupos entre sujetos con y sin patologías isquémico-cardiovasculares de la ciudad de Mar del Plata.

Instrumentos

El método específico de recolección de información se basó en una batería específica administrada en forma personal. Está compuesta por dos instrumentos de exploración psicológica estandarizados: la Escala multidimensional de evaluación del afrontamiento, versión abreviada COPE (BRIEF-COPE; Perczek et al., op. cit.), y la Escala de Alexitimia TAS.

1. La Escala Multidimensional de Evaluación del Afrontamiento COPE, versión abreviada: consta de 24 ítems para evaluar las estrategias de afrontamiento, que constituyen 12 escalas, con 4 opciones de respuesta (de 1 a 4); donde 1= No hice esto en lo absoluto, 2= Hice esto un poco, 3= Hice esto con cierta frecuencia y 4= Hice esto con mucha frecuencia. Las 12 escalas son: Autodistracción, Afrontamiento activo, Negación, Uso de sustancias, Búsqueda de apoyo social, Abandono del afrontamiento, Desahogo de emociones, Reinterpretación positiva, Planificación, Humor, Aceptación y Religión. El tiempo de aplicación es muy breve (15' aproximadamente). La consigna solicita al paciente que identifique una situación estresante o problema durante el último año y responda los ítems en función de la misma. Al finalizar el cuestionario se incluyeron cinco preguntas para indagar cuál fue la situación-problema identificada, su

rotulación, satisfacción con dicho afrontamiento, percepción de gravedad, atribución y control. Tales preguntas presentan un formato de entrevista semi-estructurada, utilizadas a los fines de alcanzar los objetivos ya mencionados.

2. Se utilizará la Escala de Alexitimia (UBA), una adaptación de la TAS.

La consigna es: "Lea con atención las siguientes 26 frases. Marque su respuesta con una cruz, en una de las 3 columnas, teniendo en cuenta lo que usted piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero posible". Las opciones de respuesta se disminuyeron a tres, debiendo marcar una cruz en una de las 3 columnas que dicen: "Generalmente –Sí", "A veces" y "Nunca- No".

Para evaluar la Escala de Alexitimia las respuestas marcadas en la columna "Generalmente – Sí" se puntúan con 5 puntos, las respuestas "A veces" con 3 puntos y las respuestas "Nunca – No" con 1 punto.

La administración puede hacerse tanto de forma individual como grupal. Una vez finalizada la misma se procede a su evaluación, teniendo en cuenta que hay ítems directos e inversos, a los que se le asigna valores 5, 3, o 1 si son directos, y 1,3,5 si son inversos. Se obtiene un puntaje directo total y este se transforma en puntaje transformado T, el que supone un valor promedio de 50 y una desviación estándar de 10.

Se considera indicador de alexitimia al puntaje igual o mayor que un valor T de 65, y un nivel leve de alexitimia al puntaje T de 60 a 65. Un valor T igual o inferior a un puntaje 35 se interpreta como indicativo de baja presencia del constructo que se está evaluando.

Procedimiento

Tanto la muestra inicial como la de control cumplieron la realización de ambos instrumentos, administrados en forma individual, y respondidos en forma oral por los pacientes, teniendo en consideración la situación crítica de internación de este grupo particular. El tiempo promedio estimado, empleado para la administración de las pruebas en los pacientes internados fue de 1 hora, en tanto que para la población normal resultó menor (aproximadamente de 45'). Los sujetos internados fueron evaluados, siempre y cuando las condiciones lo permitieran, durante los dos días posteriores a su ingreso a la Unidad Coronaria del hospital. Los instrumentos fueron aplicados de forma alternada, la mitad durante la primera sesión y la otra mitad en la del día siguiente. Con el objeto de controlar las dificultades generadas por los diversos niveles culturales y el estado de los pacientes, los reactivos de los instrumentos fueron leídos por administradores previamente entrenados en esta técnica de recolección de datos.

RESULTADOS

A continuación, en la tabla N° 1, se presentan los datos estadísticos descriptivos que nos permiten observar la relación de los niveles de alexitimia, discriminados en sujetos que han padecido o no trastornos isquémicos cardiovasculares.

Tabla N° 1 – estadísticos descriptivos de niveles de alexitimia en función de haber padecido trastornos isquémicos o no

Grupo	n	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Media	Desvío std.
Cardíacos	126	30,00	80,00	61,4683	11,52506
Control	153	20,00	80,00	52,4183	11,41480

En este cuadro, es posible observar que el puntaje mínimo del nivel de alexitimia obtenido por los sujetos que han sufrido un episodio isquémico agudo es superior al de los sujetos del grupo control. Asimismo, se observa que la media de los puntajes, también es marcadamente superior en los sujetos del grupo de cardíacos. Con el objeto de determinar si estas diferencias son estadísticamente significativas, realizamos una prueba t de diferencia de medias para muestras independientes. Los resultados indicaron que las diferencias de los grupos en los niveles de alexitimia son estadísticamente significativas ($t=6,562$ $p=0,000$).

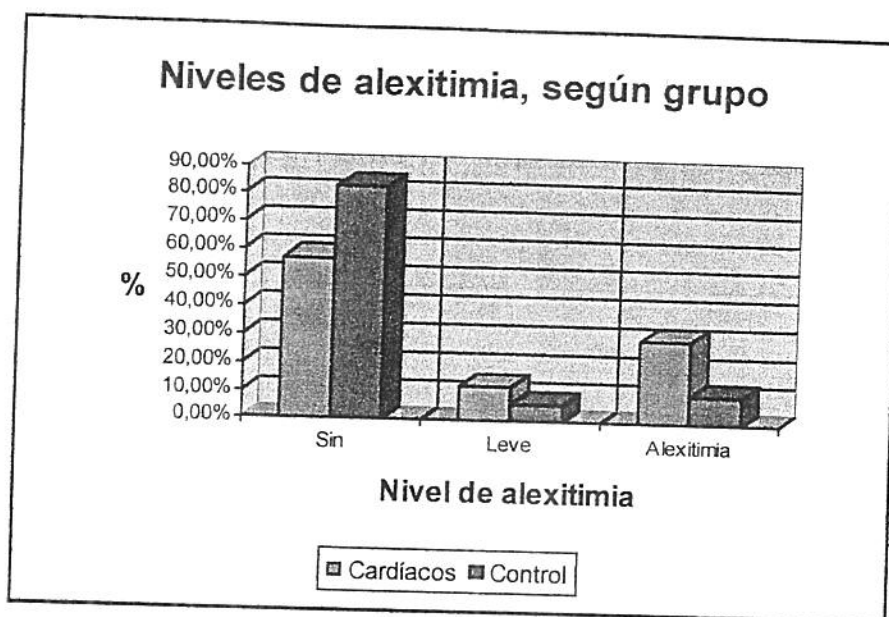
Las puntuaciones del instrumento utilizado para evaluar los niveles de alexitimia, de acuerdo a sus autores (Wiater y Sivak, 1995), deben unificarse en tres grupos que resultan indicadores del “grado” de alexitimia. Se considera los siguientes: Puntuaciones menores de 60 indican ausencia de alexitimia; puntuaciones entre 60 y 65 indican alexitimia leve y puntuaciones

superiores a 65 representan presencia de alexitimia. Una vez realizado este reagrupamiento, obtenemos los resultados que se presentan en la tabla N° 2.

Tabla 2 – Reagrupamiento de las puntuaciones de alexitimia según el grupo

GRUPO	Nivel de alexitimia	Frecuencia	Porcentaje
Cardiacos	Sin	72	57,1
	Leve	16	12,7
	Alexitimia	38	30,2
	Total	126	100,0
Control	Sin	127	83,0
	Leve	10	6,5
	Alexitimia	16	10,5
	Total	153	100,0

En esta tabla puede observarse que el porcentaje de sujetos sin alexitimia es marcadamente superior en el grupo control. Se confirma la significación estadística de esta diferencia mediante la prueba de comparación de medias con una técnica no paramétrica (U de Mann-Whitney) que arroja un valor de 7084 con un $p=,000$.



Con el objetivo de aclarar la información, agrupamos en dos categorías los niveles de alexitimia de acuerdo a su presencia o no. Los resultados se presentan en la tabla N° 3.

Tabla 3 – Reordenamiento de los tres grupos según presencia-ausencia de alexitimia

GRUPO	Alexitimia	Frecuencia	Porcentaje
Cardíacos	Ausencia	72	57,1
	Presencia	54	42,9
	Total	126	100,0
Control	Ausencia	127	83,0
	Presencia	26	17,0
	Total	153	100,0



De acuerdo a la tabla precedente, la presencia de alexitimia en cardíacos es notablemente superior a la presencia en el grupo control

(Cardíacos=42,9%; No cardíacos=17%)

A continuación, realizamos los mismos análisis anteriores, pero con las estrategias de afrontamiento. En la tabla N° 4 se presenta la media de la frecuencia de uso de cada estrategia en función de la pertenencia al grupo de cardíacos o al grupo de control.

Tabla 4 – Relación entre los sujetos cardíacos y control respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas

GRUPO	Estrategia de afrontamiento	Min	Max	Media	Desvío estándar
Cardíacos	Afrontamiento conductual	,00	24,00	14,7846	4,61878
	Afrontamiento cognitivo	,00	23,00	13,3308	4,40118
	Escape conductual	,00	8,00	4,5615	2,16385
	Escape cognitivo	,00	16,00	8,8923	3,66049
	Afrontamiento emocional	,00	16,00	9,5462	3,69183
	Alcohol	,00	7,00	2,1692	,93293
	Control	Afrontamiento conductual	6,00	22,00	15,8722	2,93891
Afrontamiento cognitivo		6,00	21,00	14,7667	3,13228
Escape conductual		1,00	4,00	1,2389	,62859
Escape cognitivo		4,00	14,00	8,6111	2,57489
Afrontamiento emocional		4,00	16,00	9,6500	2,76950
Alcohol		2,00	8,00	6,6611	1,60712

Los sujetos que padecen *trastornos cardiovasculares* demuestran mayor frecuencia de utilización de las siguientes estrategias de afrontamiento:

Escape Cognitivo (Media=8,89)

Escape Conductual (M=4,56)

El *grupo control* presenta la prevalencia de las siguientes estrategias:

Afrontamiento conductual (15,87)

Afrontamiento cognitivo (14,76)

Afrontamiento emocional (9,65)

Alcohol (6,66)

Con el objeto de determinar si estas diferencias son estadísticamente significativas, se someten los datos a una prueba t para diferencias de medias de dos muestras independientes, para determinar si las diferencias en la frecuencia de uso de las diferentes estrategias de afrontamiento del grupo de control y del grupo de cardiacos son estadísticamente significativas

Tabla 5 – Prueba t para determinar si las diferencias entre las medias son estadísticamente significativas

Estrategia	t	Sig. (2-tailed)
AFRONT CONDUCTUAL	-2,530	,012
AFRONT COGNITIVO	-3,356	,001
ESCAPE CONDUCTUAL	19,504	,000
ESCAPE COGNITIVO	,794	,428
AFRONT EMOCIONAL	-,283	,777
ALCOHOL	-28,572	,000

Los resultados del análisis indican que, con excepción de las estrategias de escape cognitivo y afrontamiento emocional, los grupos se diferencian en la frecuencia de uso del resto de las estrategias.

Seguidamente se procede a dividir la muestra en cuatro grupos de acuerdo a por un lado, la pertenencia al grupo de sujetos que han padecido episodios isquémicos y los que no; y, por otro lado, según la presencia o no de alexitimia, lo que determina la existencia de los siguientes grupos: cardíacos con alexitimia; cardíacos sin alexitimia; controles con alexitimia y controles sin alexitimia.

A continuación se ofrece la estadística descriptiva de la presencia de alexitimia y las frecuencias de uso de las diferentes estrategias de afrontamiento para los cuatro grupos:

Tabla 6 – Presencia – ausencia de alexitimia en Cardiacos y no-cardiacos en relación a la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento

GRUPO	Alexitimia	Estrategia de afrontamiento	N	Min	Max	Media	Desvío Standard
Cardiacos	Sin	Afrontam conductual	57	,00	24,00	14,7719	4,64073
		Afrontam cognitivo	57	,00	23,00	13,0526	4,69582
		Escape conductual	57	,00	8,00	4,4211	2,17902
		Escape cognitivo	57	,00	16,00	9,2281	3,58577
		Afrontam. emocional	57	,00	16,00	9,2281	3,86845
		Alcohol	57	,00	5,00	2,0175	,61212
	Con	Afrontam conductual	44	,00	22,00	14,4545	4,94366
		Afrontam cognitivo	44	,00	22,00	13,7500	4,62111
		Escape conductual	44	,00	8,00	4,5682	2,26600
		Escape cognitivo	44	,00	15,00	8,4318	3,73169
		Afrontam. emocional	44	,00	16,00	9,9318	3,76889
		Alcohol	44	,00	7,00	2,3636	1,33104
Control	Sin	Afrontam conductual	127	7,00	22,00	15,7795	3,01297
		Afrontam cognitivo	127	6,00	21,00	14,7795	3,27063
		Escape conductual	127	1,00	4,00	1,2520	,61681
		Escape cognitivo	127	4,00	14,00	8,7165	2,57244
		Afrontam. emocional	127	4,00	16,00	9,6299	2,80816
		Alcohol	127	2,00	8,00	6,5039	1,66607
	con	Afrontam conductual	26	10,00	19,00	16,6923	2,24088
		Afrontam cognitivo	26	9,00	21,00	15,4231	2,92811
		Escape conductual	26	1,00	3,00	1,1923	,49147
		Escape cognitivo	26	4,00	13,00	9,0385	2,28877
		Afrontam. emocional	26	6,00	15,00	9,8846	2,43847
		Alcohol	26	2,00	8,00	7,1923	1,38620

La descripción de los resultados de esta tabla se especifican a continuación de cada uno de los gráficos que se presentan más adelante.



Con el objeto de determinar si las diferencias observadas en los grupos son estadísticamente significativas, se someten los datos a un análisis de varianza (One way ANOVA).

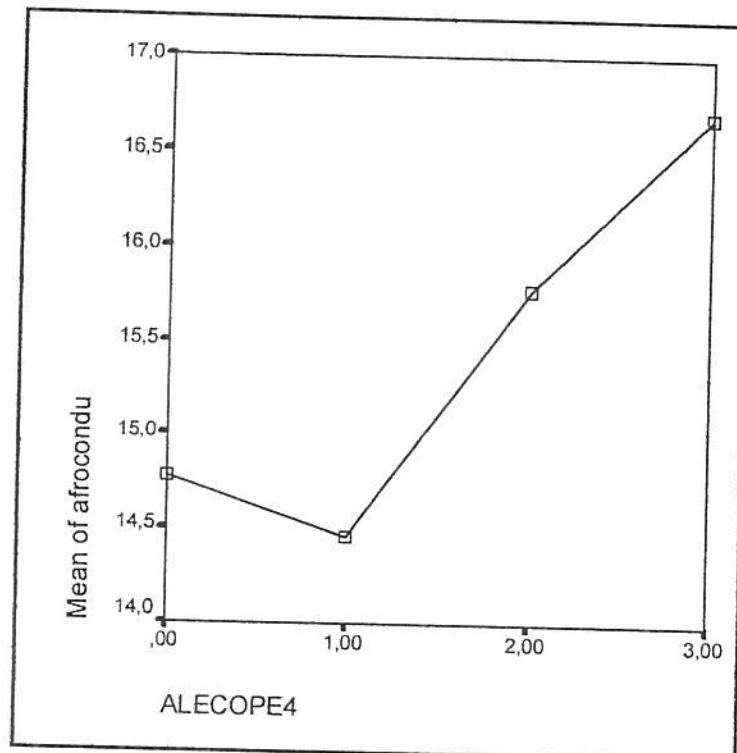
Tabla 7 – Análisis de varianza (Anova) de las diferencias entre los grupos

Estrategia de afrontamiento		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Afrontam conductual	Between Groups	123,454	3	41,151	2,917	,035
	Within Groups	3526,309	250	14,105		
	Total	3649,764	253			
Afrontam Cognitivo	Between Groups	163,889	3	54,630	3,676	,013
	Within Groups	3715,265	250	14,861		
	Total	3879,154	253			
Escape conductual	Between Groups	640,582	3	213,527	98,734	,000
	Within Groups	540,666	250	2,163		
	Total	1181,248	253			
Escape cognitivo	Between Groups	18,716	3	6,239	,683	,563
	Within Groups	2283,587	250	9,134		
	Total	2302,303	253			
Afrontam. Emocional	Between Groups	14,866	3	4,955	,478	,698
	Within Groups	2591,091	250	10,364		
	Total	2605,957	253			
Alcohol	Between Groups	1219,364	3	406,455	205,301	,000
	Within Groups	494,951	250	1,980		
	Total	1714,315	253			

Tanto el afrontamiento emocional como el escape cognitivo demuestran no ser significativos (Afrontamiento Emocional= 0,698 – Escape cognitivo.= 0,563). Los valores restantes sí lo son.

A continuación, se presentan los gráficos que demuestran la relación existente entre las diferentes estrategias de afrontamiento, la alexitimia y el padecimiento de trastornos cardiovasculares. Se agrupan cada una de las variables en grupos, dependiendo de su ausencia o presencia.

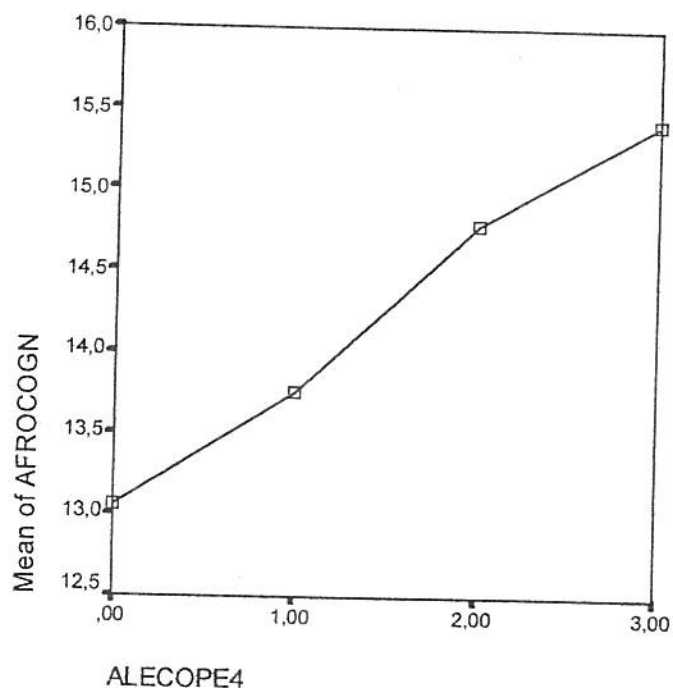
Gráfico n° 1- Puntajes del Cope (Medias) en Afrontamiento conductual con respecto a los cuatro grupos (00= cardíacos sin alexitimia, 01= cardíacos con alexitimia, 02= control sin, 03= control con)



El gráfico precedente indica que el afrontamiento conductual es adoptado preferentemente por los sujetos no cardíacos con presencia de niveles de

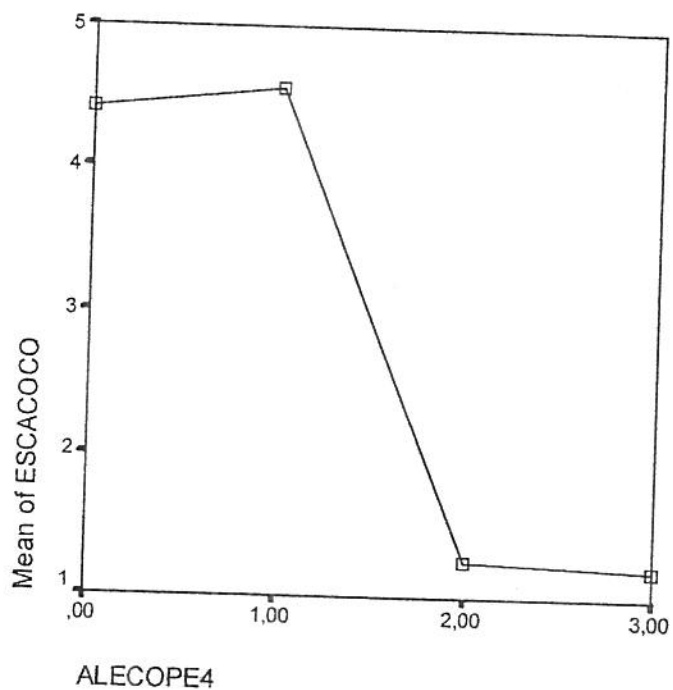
alexitimia (grupo 03). También se constata una marcada diferencia entre el grupo control y los cardíacos en cuanto a la utilización de dicha estrategia.

Gráfico N° 2 – Afrontamiento cognitivo en los cuatro grupos



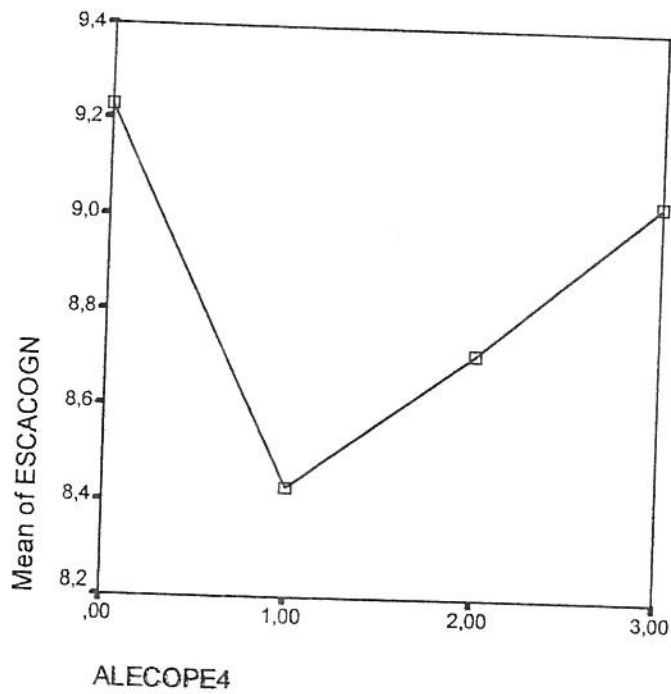
Puede verificarse en este caso que, análogamente al primer gráfico, los sujetos del grupo 3 constituyen el máximo valor (esta vez referido al afrontamiento cognitivo). En general, los cardíacos utilizan en menor grado este tipo de afrontamiento que el grupo control.

Gráfico N° 3 – Escape Conductual en relación a los grupos



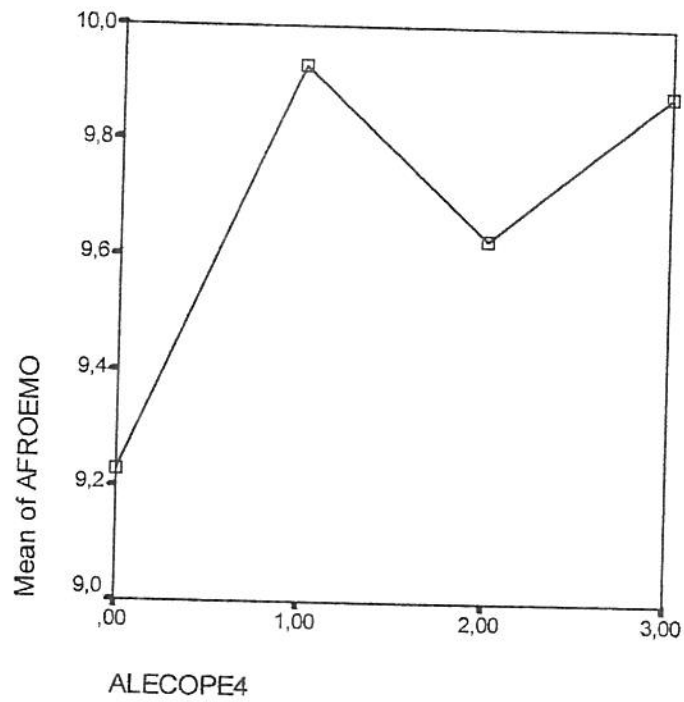
Con respecto al escape conductual, se visualiza una notable diferencia entre los grupos cardíacos y los no cardíacos (los primeros utilizan en mayor medida esta estrategia).

Gráfico N° 4 – Escape Cognitivo



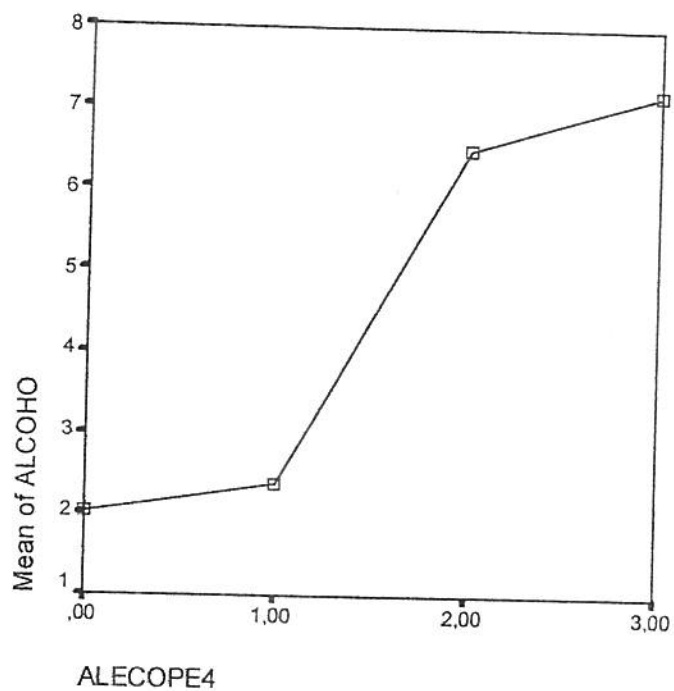
Los resultados que se comprueban con respecto al escape cognitivo muestran que este parece ser predilecto de los sujetos con trastornos cardiovasculares sin alexitimia. Los cardíacos con niveles de alexitimia son los que presentan el menor puntaje. Se constata una diferenciación dentro del grupo control y cardíacos en virtud a la variable alexitimia.

Gráfico N° 5 – Afrontamiento emocional



Los máximos puntajes de afrontamiento emocional se observan en los sujetos con niveles significativos de alexitimia (sean o no cardíacos). La mayor discrepancia se verifica entre los grupos 0 –1 y 2-3 (discriminación entre ambos grupos de acuerdo a la variable alexitimia)

Gráfico N° 6 – Consumo de Alcohol y drogas



El consumo de alcohol y drogas se manifiesta en menor medida en los sujetos de los dos primeros grupos, en tanto que las medidas aumentan considerablemente en los no-cardíacos. Dentro de cada grupo, tanto en los cardíacos como en el grupo control, los alexitímicos exhiben una diferencia algo mayor.

Análisis de los Resultados

Es posible observar que el puntaje mínimo del nivel de alexitimia obtenido por los sujetos que han sufrido un episodio isquémico agudo es significativamente superior al de los sujetos del grupo control. Asimismo, se observa que la media de los puntajes, también es superior en los sujetos del grupo de cardíacos. Los resultados indicaron que las diferencias de los grupos en los niveles de alexitimia son estadísticamente significativos. El porcentaje de los sujetos sin alexitimia es marcadamente superior en el grupo control.

En cuanto a la relación que se establece entre los sujetos que padecen o no trastornos isquémicos cardiovasculares con presencia o ausencia de alexitimia y las estrategias de afrontamiento se observan diferentes aspectos a tener en cuenta:

1. El *afrontamiento conductual*, que tiene que ver con las acciones constructivas encaminadas a alterar las fuente de estrés y centradas en la planificación de una acción ,la solución de la situación, y la puesta en marcha de acciones para eliminar y superar el estresor, es adoptado preferentemente por los *sujetos no cardíacos con presencia de niveles de alexitimia*. También se constata una marcada diferencia entre el grupo control y los cardíacos en cuanto a la utilización de dicha estrategia. En general, los cardíacos utilizan en menor grado este tipo de afrontamiento que el grupo control.

2. Con respecto al *escape conductual*, se visualiza una notable diferencia entre los grupos *cardíacos* y los no *cardíacos* (los primeros utilizan en mayor medida esta estrategia).

3. Los resultados que se comprueban con respecto al *escape cognitivo* muestran que este parece ser predilecto de los sujetos con trastornos *cardiovasculares sin alexitimia*. Los *cardíacos* con presencia de alexitimia son los que presentan el menor puntaje.

4. Los máximos puntajes de *afrentamiento emocional* se observan en los sujetos con niveles significativos de alexitimia (sean o no *cardíacos*). La mayor discrepancia se verifica entre los grupos 0 -1 y 2-3.

5. El *consumo de alcohol y drogas* se manifiesta en menor medida en los sujetos de los dos primeros grupos, en tanto que las medidas aumentan considerablemente en los no-*cardíacos*. Dentro de cada grupo, tanto en los *cardíacos* como en el grupo control, los alexitímicos exhiben una diferencia algo mayor.

En 1959 los cardiólogos Rosenman y Friedman, en un intento por determinar cuales eran las características personales de quienes habían sido afectados por un infarto de miocardio, propusieron un conjunto de características de comportamiento que parecía describir la forma en que estos pacientes se comportaban. A este conjunto de características lo denominaron "*patrón de conductas tipo A*". Estas se caracterizan por: a) esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos auto seleccionados y, por lo general, pobremente definidos; b) elevada inclinación hacia la

competitividad; c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio; d) constante implicación en múltiples y diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; e) propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas; y f) extraordinario nivel de alerta física y mental.

En los años setenta se realizaron múltiples estudios *epidemiológicos*, cuyos resultados llevaron a la aceptación del patrón de conducta tipo A, como factor de riesgo coronario (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981).

Luego de haber contrastado los cuatro grupos en relación a la frecuencia de las estrategias de afrontamiento (mayor incidencia de un grupo en comparación con los demás), se obtuvieron tres grupos con un perfil característico:

- *Presencia de alexitimia sin episodios isquémicos agudos*: mayor incidencia de:

Afrontamiento Conductual

Afrontamiento Cognitivo

Consumo de Alcohol

- *Presencia de alexitimia con Trastornos Cardiovasculares*

Escape Conductual

Afrontamiento Emocional

- *Ausencia de alexitimia con Trastornos Cardiovasculares*

Escape Cognitivo

De acuerdo a estos resultados podría suponerse que cada grupo tendería a utilizar las estrategias mencionadas (dentro de un repertorio más amplio, estas son escalas) al presentarse un problema determinado.

Cabe mencionar que no se obtuvo un perfil para el grupo de personas que no padecen niveles significativos de alexitimia ni trastornos cardiovasculares.

Discusión de los resultados y conclusiones

En el comienzo de nuestro trabajo planteamos como objetivo general obtener información acerca de las diferencias en cuanto a la frecuencia y utilización de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con y sin niveles significativos de alexitimia, teniendo en cuenta si han sufrido trastornos cardiovasculares (episodios isquémicos agudos). Para esto relacionamos los cuatro grupos de variables y observamos si en cada grupo se utilizan estrategias de afrontamiento que puedan conformar un perfil característico. También buscamos correlaciones entre alexitimia y presencia de enfermedad coronaria.

En referencia al primer punto pueden establecerse diferencias características a cada uno de los grupos conformados (los perfiles están especificados en el apartado de análisis de resultados). Nos resulta significativo el hecho de que el *escape conductual* sea la estrategia utilizada con mayor frecuencia por parte de las personas que han *padecido episodios isquémicos agudos y puntúan alto en alexitimia*. Teniendo en cuenta que dicha estrategia incluye actividades distractoras y concentración de esfuerzos para resolver la situación, esto concuerda (y así lo esperábamos) con lo que se denomina patrón de conducta tipo "A". De acuerdo a esto, las conductas de los sujetos se caracterizan por: a) esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos; b) elevada inclinación hacia la competitividad; c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio; d) constante implicación en

múltiples y diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; e) propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas; y f) extraordinario nivel de alerta física y mental. Este tipo de estrategia de afrontamiento no es de tipo "activa", sino más vale "paliativa", con esto queremos decir que es una estrategia centrada en las emociones y que éstas teóricamente generan mayor malestar físico.

Además, otra de las estrategias de afrontamiento que esperábamos que utilizaran los sujetos que tengan presencia de alexitimia y que hayan padecido trastornos isquémicos agudos, es el *escape cognitivo* (que se refiere a la supresión de la atención a la situación estresante y su sustitución por pensamientos alternativos). Sin embargo de acuerdo a los datos esta estrategia si bien la utilizan las personas que han sufrido episodios isquémicos, *no* ocurre así con las personas que puntúan alto en *alexitimia*. Nosotros pensamos que esto se debe a que esta estrategia de afrontamiento no ha resultado ser estadísticamente significativa (0,563), y por lo tanto no podemos llegar a una conclusión válida de acuerdo al resultado del dato recogido. Lo mismo ocurre con lo obtenido en cuanto a la estrategia "*afrontamiento emocional*". Según lo arrojado por esta investigación sería una de las dos estrategias de afrontamiento predilectas por los individuos *con alexitimia y trastorno cardiovascular*. Esto nos parece *contradictorio* debido a que la estrategia denominada "afrontamiento emocional" refleja la tendencia a centrarse en el malestar experimentado ante la situación y en la comunicación de esas emociones y de la propia situación de alguien, y esto

es justamente la dificultad que tienen los individuos con alexitimia y, de la mano las personas que padecen trastornos cardiovasculares. Lo que sucede es que esta estrategia tampoco es estadísticamente significativa (0,698).

Por último pudimos observar que las estrategias menos utilizadas por el grupo que puntúa alto en alexitimia y tiene trastornos cardiovasculares son el afrontamiento conductual y el consumo de alcohol.

El afrontamiento conductual tiene que ver con las acciones constructivas encaminadas a alterar las fuentes de estrés y centradas en la solución de la situación, la planificación de una acción y la puesta en marcha de acciones para eliminar y superar el estresor. De acuerdo a esta definición y a que este tipo de estrategia está relacionada con un estilo centrado en la respuesta o el problema, y es de carácter positivo, adaptativo y activo hacia la solución del problema, es esperable que esto suceda. Existe una relación negativa entre los trastornos cardiovasculares y ésta estrategia, cuanto más centrado esté el individuo en la respuesta, menos riesgo de sufrir un episodio isquémico tiene. Además también es esperable que estos sujetos utilicen estrategias cognitivas ya que así suprimen la expresión emocional. De esta manera la actividad "pensante" es mayor que la actividad conductual de tipo solucionadora; dicha acción es desacreditada por el sujeto ya que no le atribuye eficacia para la remediar el problema. Por esto mismo también puntúan alto en escape conductual, ya que evitan toda conducta tendiente a la solución del problema.

Los datos obtenidos en este trabajo de investigación apoyan la idea de que ciertos estilos de afrontamiento de situaciones estresantes pueden relacionarse con un deterioro de la salud, en este caso con el aumento de la probabilidad de padecimiento de trastornos cardiovasculares. También es posible establecer un perfil característico de las personas con alexitimia en función a las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas y su incidencia en el padecimiento de episodios isquémicos agudos.

Ya se pudo observar pero cabe recalcar que los resultados de este trabajo son de carácter exploratorio y por lo tanto estos deben ser considerados teniendo en cuenta que se trata de una población particular, con características socio económicas y culturales propias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abadal, L. T. (1999) Riesgo cardiovascular en la menopausia: Mito, paradoja o realidad. Importancia de las observaciones clínicas frente a la intervención de los datos estadísticos. *Revista Española de Cardiología*. Julio Vol 52, (7).

American Heart Association Journal Report (1996) "Being, chronically blue raises risk of heart attack, all cause mortality". May 31, 1996 NR-96-4416 (Circ/Barefoot).

Basabe, Nekane; Valdosedá, Maite; Páez, Darío (1993). Pág. 14 Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En Salud, expresión y represión social de las emociones. R.M. Moos. 1993. PT 414.

Barret-Connors, E. (1997) Sex differences in coronary heart disease. Why are women so superior?. The 1995 Ancel Keys Lecture. *Circulation*; 95: 252-264.

Bennett, P. (1994) Psychological care of the coronary patient. Special Section: Psychological care in physical illness. *Journal-of-Mental-Health-UK*; Dec Vol. 3(4) 477-484.

Bronstein, R y Fernández, L. (1999) Depresión y enfermedad vascular. *Revista Interclínicas*, 5.

Bueno, A. M., Buceta, J. M. (1991) Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Editorial Pirámide.

Carver S.C, Sheier , M.Fy Weintraub, K.J, 1989. Assessing Coping Strategies: Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 56, N°2, 267 - 283

Crespo L.M.; Cruzado R JA. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación Española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. En Análisis y Modificación de Conducta, 1997, Vol. 23, N° 92.

Denollet, J. (1994) Health complaints and outcome assessment in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*; Sep-Oct Vol 56(5) 463-474.

Folkman, S y Lazarus, R. S (1986). Pág. 5 El concepto de afrontamiento. En Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona. ED. Martínez Roca.

Font Guiteras, A. (1986) Estrategias de Afrontamiento, Adaptación y Calidad de Vida. En Folkmans, S y Lazarus, R. S (1986). Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona. ED. Martínez Roca.

Fowers, B. J. (1994) Perceived control, illness status, stress, and adjustment to cardiac illness. *Journal of Psychology*; Sep Vol 128(5) 567-576



Giles, M.; Llul, D.; Richard's, M. (2001). Estrategias de afrontamiento situaciones estresoras en pacientes internados por enfermedades cardiovasculares: resultados preliminares. *Estrés y Salud*. 1º Publicación resúmenes trabajos de investigación presentados en Bs. As. En el marco del 1º Congreso Argentino de Medicina del estrés. (pp. 4-6).

Omar, A. G. (1995). *Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Rosario. Ed. Lumen.

Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother, Psychosom*, 22:255-253.

Sivak, Roberto; Wiater Adriana (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires – Barcelona – México. Ed. Paidós.

Soriano, J. (1994). Las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva transaccional. *Boletín de Psicología*, N° 44, 77-92.

Soriano, J; Zorroza, J. (1999). Análisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM y WOC. *Boletín de Psicología*, n° 63, 77-97.

Sykes, D. H. (1994) Coping with a heart attack: Psychological processes. Special Issue: Heart disease: The psychological challenge. *Irish-Journal-of-Psychology*; Vol 15(1) 54-66

Taylor, G. J. y Bagby M. (1988) Measurement of alexithymia, *Psychiatric Clinics of North America* Vol.11, N°.3

ANEXO.

