

# Estresores agudos de pérdidas y enfrentamiento en pacientes cardiopatas y personas sin enfermedad

Larizza Zavala Yoe,  
David Francisco Ayala Murguía,  
Marcos Verdejo Manzano

## Resumen

Las enfermedades del corazón han constituido un problema de salud en nuestro país y el mundo. De manera recurrente, dicho padecimiento ocupa los primeros lugares en los índices de mortalidad. Se ha encontrado que los sucesos agudos de vida estresantes y los estilos de enfrentamiento asociados coadyuvan a que se produzca una cardiopatía isquémica. El objetivo del presente estudio fue conocer las diferencias entre pacientes y no pacientes en estas experiencias y los estilos de enfrentamiento empleados. Se trabajó con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica y sin enfermedad (n = 150 por cada grupo). Se utilizó estadística descriptiva (análisis de frecuencias y tablas de contingencia), con lo cual se obtuvieron resultados que mostraron pocas

## Abstract

*Heart disease has been a health problem in our country and the world. Recurrently, this condition occupies the first places in mortality rates. It has been found that acute stressful life events and associated coping styles contribute to the occurrence of ischemic cardiopathy. The objective of the present study was to address to realized both, the differences between patients and non-patients having these experiences and coping styles. We worked with diagnosed people with ischemic heart disease and those without none disease (n=150 each group). Descriptive statistics (frequency analysis and contingency tables) were used getting results showing few differences between the groups in terms of the acute stress experienced, however, only a small part of*

LARISSA ZAVALA YOE. Universidad Intercontinental, México. DAVID FRANCISCO AYALA MURGUÍA, Universidad Nacional Autónoma de México, México. MARCOS VERDEJO MANZANO, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Contacto: [larissazy@yahoo.com.mx].

*Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 21, núm. 2, julio-diciembre 2019, pp. 45-70.  
Fecha de recepción: 11 de septiembre de 2019 | Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2020.

diferencias entre los grupos en lo referente al tipo de estresores agudos vividos; sin embargo, sólo una parte de los participantes ( $n = 71$  pacientes) y ( $n = 44$  no pacientes) coincidieron en reportar como los estresores más agudos los relacionados con las pérdidas, clasificadas como reparables o temporales e irreparables, siendo las irreparables las que más vivieron los pacientes y las reparables o temporales los no pacientes. Se concluye que las diferencias en el estudio de esas variables parecen radicar en la valoración cognitiva de un estresor como agudo y de pérdida (reparable o temporal e irreparable) con sus estilos de enfrentamiento; por lo que son, en términos generales, más adaptativos en los no pacientes (reevaluación positiva) que en los pacientes (evasión y distanciamiento).

#### PALABRAS CLAVE

Estresores agudos, pérdidas, estilos de enfrentamiento, cardiopatía isquémica

*the participants ( $n = 71$  patients) and ( $n = 44$  non-patients) coincided in reporting the losses as the most acute stressor, classified as repairable or temporary and irreparable, being the irreparable ones the patients lived the most and the repairable or temporary ones the non-patients. We conclude that the differences in the study of these variables seems to be based on the cognitive assessment of acute stress of loss (reparable or temporary or irreparable) and the coping styles, being more adaptive in general terms, in non-patients (cognitive reevaluation) than in patients (evasion and distancing).*

#### KEYWORDS

*Acute stressors, losses, coping styles, ischemic heart disease*

---

Sólo si el objeto ha sido amado  
como un todo, su pérdida puede ser  
sentida como total.

*Melanie Klein*

**E**n el mundo, cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral. En México, en la población adulta (20-69 años) hay más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de

6 millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo (Rosas-Peralta y Attie, 2007), elementos considerados como factores de riesgo coronario. Además, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), de las 56.4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2016, más de la mitad (54%) fueron consecuencia de la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, principalmente, ocasionando 15 millones de defunciones.

En México, la enfermedad isquémica ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad general en el periodo 2000-2008. En 2005, la edad promedio de muerte por cardiopatía isquémica (CI) fue de 74.8 años (González y Alcalá, 2010).

Desafortunadamente, se pronostica que la enfermedad cardiovascular reclamará varios millones de muertes anualmente y la enfermedad coronaria rebasará las enfermedades infecciosas como la causa número uno de fallecimientos e invalidez en el mundo (Zipes, Libby, Bonow, Mann y Tomaselli, 2019). A pesar de los esfuerzos que han hecho los médicos para combatir tales padecimientos, éstos aún constituyen un problema de salud.

## **Cardiopatía isquémica**

La cardiopatía isquémica es la consecuencia de un suministro insuficiente de sangre oxigenada y nutrientes al miocardio y su demanda, lo que se denomina *isquemia cardiaca*. Tiene dos modalidades: angina de pecho e infarto agudo de miocardio.

*Angina de pecho*. Puede describirse como un *discomfort* o un malestar en el pecho o en áreas adyacentes. *Angina* significa “estrangulamiento o sofoco”. Su malestar es descrito como una sensación displacentera: “presión” o “sensación de opresión en el pecho” (Zipes *et al.*, 2019).

*Infarto de miocardio*. Es la alteración de una porción del tejido muscular que sobreviene cuando el aporte sanguíneo de oxígeno y nutrientes a

ese territorio es insuficiente. Esto ocurre con la oclusión total de la arteria coronaria, produciendo la muerte del músculo. El dolor en la cardiopatía isquémica se puede presentar con esfuerzo físico y, dependiendo de la progresión de la enfermedad, puede ir en aumento (Espino, 1983).

Desde el punto de vista de factores de riesgo, la ocurrencia de presentar eventos coronarios aumenta entre dos y cuatro veces si se fuma o si se es diabético, hipertenso o dislipidémico; si la persona es diabética, fuma y es hipertensa, el riesgo aumenta 13 veces; si tiene niveles de lípidos inadecuados, el riesgo aumenta 42 veces; si el individuo es obeso, aumenta 65 veces; pero si tiene la presencia de factores psicológicos, el riesgo incrementa 185 veces; sin embargo, si el paciente tiene todos los factores de riesgo, tiene 303 veces más riesgo de tener un evento coronario (Orellano, 2015).

## **Estrés**

Uno de los factores de riesgo en las enfermedades isquémicas del corazón es el estrés, que actúa directamente sobre el corazón y sus vasos, afectando a la presión arterial (Martínez, Rodríguez, Rodríguez y Rodríguez, 2004).

Algunas investigaciones sobre este tema en individuos que sufren más los eventos de vida estresantes han encontrado una asociación con la incidencia de infarto de miocardio, el desarrollo de la enfermedad coronaria y mortalidad cardiaca. Por ejemplo, las investigaciones en fisiología, psicología y medicina demuestran que el riesgo de enfermedad cardiovascular está incrementado por respuestas exageradas al estrés (Sánchez, González, Marsán y Macías, 2006).

El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo; es decir, se trata de un estado mental interno de tensión o excitación. Debido a las alteraciones que el estrés provoca en la persona, se puede entender como “un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se somete a fuertes demandas” (Naranjo, 2009: 19).

## Situaciones de vida estresantes

Los estudios más tempranos del estrés se centran en la existencia de un trauma principal, como los desastres naturales. Esta caracterización también incluye eventos de vida importantes, como el matrimonio, divorcio, pérdidas, empezar un nuevo trabajo, explosión demográfica o contaminación ambiental; sin embargo, algunos autores prefieren centrarse en problemas más comunes, como la competitividad laboral, el tráfico, el ruido o la educación de los hijos (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008).

Menéndez *et al.* (2002) añaden que causas ambientales, psíquicas o sociales son generadoras de estrés en las personas y sus familias. Dichos elementos adquieren la categoría de *acontecimientos vitales estresantes* cuando se perciben como negativos y conllevan un cambio vital.

A finales de los sesenta, Holmes y Rahe (cit. por Davidoff, 1984, y en Acuña, González y Bruner, 2012) investigaron las relaciones entre las experiencias personales y la salud; encontraron varios elementos generadores de tensión en una valoración que hacían las personas sobre los acontecimientos más estresantes de vida: divorcio, muerte de seres queridos, cambios de la situación económica, pérdida del empleo y enfermedades, entre otras. También encontraron preponderancia de ciertos acontecimientos sobre otros; por ejemplo, la muerte del consorte en el primer nivel, seguida de divorcios en un segundo, la muerte de algún miembro cercano a la familia, las lesiones o enfermedades personales y el despido del empleo, lo cual tuvo consecuencias para la salud.

Desde este punto de vista, la literatura sobre los efectos del estrés en el organismo indica que éstos pueden ser muy diferentes dependiendo de si el estresor es de corta duración, crónico, agudo, repetitivo o prolongado (Molina *et al.*, 2008), mientras que los estudios sobre las emociones negativas y su impacto en la sanidad, como el caso de la depresión y las pérdidas, muestran la incapacidad del ser humano para hacerles frente (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

De manera interesante, se ha encontrado que el estrés crónico mantiene una asociación con las enfermedades cardíacas, donde la personali-

dad, las características conductuales y las estrategias de enfrentamiento son factores psicológicos que juegan un papel importante en los episodios isquémicos (Richard's y Urquijo, 2006).

Por su parte, Orellano (2015) atribuyó al ambiente en que se desenvuelven las personas la ocurrencia de las enfermedades cardiovasculares. En un estudio que realizó sobre programas de prevención de la salud, observó que 74% de los entrevistados reconoció la presencia de eventos desencadenantes previos a la enfermedad; 43% se presentó en el ámbito familiar y 31% en el ámbito laboral. De manera análoga, Colli y Mantilla (1998) sugirieron que los factores dietéticos, psicosociales, familiares, el estrés y el enfrentamiento están relacionados también con la CI.

### **Estrés, enfermedad coronaria y estilos de enfrentamiento**

Repetidamente, se ha observado un gran interés de la comunidad científica en el estudio entre el estrés, el desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria. Al respecto, Sandín (2002) sugiere que el estrés psicológico prolongado puede llevar a un nivel de agotamiento vital, que se asocia con el infarto agudo de miocardio y con infartos recurrentes en pacientes con procedimientos de angioplastia coronaria. De manera alarmante, el riesgo de sufrir otro infarto es hasta tres veces mayor en los pacientes.

Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (cit. por Naranjo, 2009) añaden a los estudios del estrés otro componente: los estilos de enfrentamiento, y revelan que, cuando la magnitud del estrés excede los propios recursos de enfrentamiento, se presentan dos procesos: una valoración cognitiva del acontecimiento y un proceso de enfrentamiento. En el primero, el individuo valora si la situación puede dañarlo o beneficiarlo y, en el segundo, estima lo que puede hacer o no para encarar la situación de acuerdo con tal valoración. Lazarus y Folkman definen al enfrentamiento como “los esfuerzos de desarrollo cognitivo y conductual para manejar demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes de los recursos con los que cuenta la persona” (Lazarus, 1993: 43).

Las definiciones y las conceptualizaciones de enfrentamiento han abarcado varios puntos de vista que incluyen las estrategias de enfrentamiento, como procesos adaptativos conscientes contra estrategias de enfrentamiento o de defensa, intrapsíquicas y rígidas, y procesos desadaptativos (Livneh, 1999), como los modos de enfrentamiento vigilantes o evitativos, los primeros para reducir la incertidumbre buscando información y los otros asociados con mayor reactividad cardiovascular (Kohlmann, Ring, Carroll, Mohiyeddini y Bennett, 2001).

La teoría del enfrentamiento como un proceso enfatiza que, por lo menos, existen dos funciones principales de enfrentamiento: el que está orientado al problema y el que está orientado a la emoción. El enfrentamiento orientado al problema significa cambiar la situación problemática que existe entre la persona con su ambiente; el enfrentamiento orientado a la emoción significa: *a*) modificar el modo en que la situación estresante con el medio ambiente es percibida o *b*) el significado de lo que está sucediendo, lo cual mitiga el estrés aun cuando las condiciones actuales del problema no hayan cambiado (Lazarus, 1993).

Estudios sobre enfrentamiento y salud han indicado que existen varias estrategias de enfrentamiento ante el estrés en pacientes ingresados a la unidad coronaria, como la negación (más mencionada y empleada), la cual es entendida como el esfuerzo por vedar el problema (Martínez *et al.*, 2004), minimizando la ansiedad (Kranz, 1980, cit. por Livneh, 1999).

Existe evidencia creciente para apoyar la idea de que la vulnerabilidad ante la cardiopatía coronaria, los padecimientos mentales, emocionales y hasta las enfermedades psicosomáticas pueden estar condicionados por la habilidad o incapacidad del individuo para manejar continuamente el estrés, independientemente de si éste es crónico o intermitente.

## **Pérdidas**

De acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia Española* (2014), se entiende como *pérdida* la privación de lo que se poseía. Cuando una persona vive una pérdida, entra en un proceso de duelo.

*Duelo* es un concepto que incluye un conjunto de procesos psicológicos que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, estaba vinculado. El duelo, del latín *dolus* (dolor), es la respuesta orgánico-emotiva a la pérdida de alguien o de algo. En el duelo, se ponen en juego diversos factores; por ejemplo, las circunstancias de la muerte, la relación que hubo con el fallecido, la personalidad, los antecedentes del deudo y el contexto sociofamiliar. Si la pérdida es radical y definitiva, como en el caso de la muerte, todas las dimensiones de las personas se ven afectadas (física, emocional, cognitiva, conductual, social y espiritual), de tal manera que la persona puede sentirse incapaz de superar la situación, pudiendo desarrollar un duelo patológico que requerirá la intervención profesional para su recuperación (Cabodevilla, 2007).

La existencia de un trabajo intrapsíquico de duelo viene atestiguada, según Freud, por la falta de interés por el mundo exterior que aparece con la pérdida del objeto: “toda la energía del sujeto parece acaparada por su dolor y sus recuerdos” (Laplanche y Pontalis, 2004: 436).

La presencia o no de duelo patológico se caracteriza, fundamentalmente, por la intensidad y la duración de la reacción emocional y del estresor. Las diferentes respuestas frente al proceso de duelo están determinadas por diferentes variables, tales como la personalidad, el estado físico y emocional, las experiencias con pérdidas previas, sus significados, los recursos personales de enfrentamiento y adaptación a la crisis. Podemos, pues, considerar que el duelo es producido por cualquier tipo de pérdida, y no sólo es aplicable a la muerte de una persona (Cabodevilla, 2007), sino también a la ausencia del cuerpo del desaparecido como sucede en la actualidad en nuestro país.

Pangrazzi (cit. por Cabodevilla, 2007) hace referencia a diferentes tipos de pérdida:

*Pérdida de la vida.* Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia. Aplica en casos de enfermedades terminales o crónicas donde el fin es inminente.

*Pérdidas de aspectos de sí mismo.* Son pérdidas relacionadas con la salud: físicas o psicológicas (enfermedades del cuerpo o pérdida, por ejemplo, de ilusiones).

*Pérdidas de objetos externos.* Son pérdidas que no tienen que ver directamente con la persona, sino con las pérdidas materiales, como el empleo, el estatus (la situación económica), los objetos o incluso el cambio de país.

*Pérdidas emocionales.* Pueden ser rupturas de pareja, amistades o seres queridos.

*Pérdidas ligadas con el desarrollo.* Son pérdidas relacionadas al ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas: infancia, adolescencia, juventud, vejez, entre otros.

Un factor importante por considerar en las pérdidas son las creencias culturales y mitos que existen, en específico, sobre el duelo, la muerte y su elaboración. Respecto de los estilos de enfrentamiento, se ha encontrado que las personas que usan el evitativo presentan creencias más erróneas o mitos sobre el duelo acerca de muertes esperadas e inesperadas, de parejas, progenitores, amigos y otros seres queridos (Bermejo, Villacieros y Fernández, 2016). Además, ante procesos de muerte y duelo, existen estilos de enfrentamiento centrados en los problemas o en las emociones (Magaña, Bermejo, Villacieros y Prieto, 2019).

El duelo, en el caso de las muertes inesperadas, se asocia con manifestaciones depresivas intensas y duraderas en comparación con las muertes que son esperadas. Es un momento donde pueden agudizarse enfermedades previas u ocurrir otras nuevas (García-Viniegras y Pérez, 2013), como el desarrollo de patologías cardíacas. Entre los factores que pueden hacer que una muerte sea traumática y el duelo más complicado, está su carácter de súbito y no anticipado, como situaciones de violencia, mutilación o destrucción del cuerpo o si la muerte fue determinada por factores debidos al azar (García-Viniegras y Pérez, 2013). Además, las personas que tardan

más tiempo en solicitar apoyo en la elaboración del duelo (enfrentamiento evitativo) terminan por requerir más ayuda, lo que hace que vivan un duelo bastante complicado (Villacieros *et al.*, 2012, cit. por. Magaña *et al.*, 2019).

## Método

El propósito del presente estudio fue determinar los sucesos de vida estresantes (más intensos o agudos) que vivieron los pacientes con diagnóstico de CI y las personas sin enfermedad, comparados con los estilos de enfrentamiento.

La presente investigación fue desarrollada de acuerdo con un diseño *exposfacto*, porque el fenómeno ocurrió de manera natural o espontánea; por ende, el método de análisis fue descriptivo, ya que su propósito fue explicar el fenómeno que se estudió (Bisquerra, 1989). Asimismo, y de acuerdo con Kerlinger y Lee (2001: 504), se realizó un estudio no experimental, porque “el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentemente no manipulables”.

## PARTICIPANTES

Los participantes fueron elegidos por el método aleatorio. Se trabajó con una muestra conformada por 150 pacientes del Servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Cardiología doctor Ignacio Chávez (INCICH) y su respectivo grupo control (150 no pacientes, trabajadores de una empresa privada).

Los pacientes formaron un grupo de edad (37-84 años,  $\bar{X} = 62.04$ ,  $\sigma = 9.73$ ), 116 hombres (77.3%) y 34 mujeres (22.7%) —esta diferencia fue consistente con los estudios realizados anteriormente por Zavala, Rivas, Andrade y Reidl (2008); Zavala, Verdejo y Díaz-Loving (2015), y

Ríos, Huitrón y Rangel (2009), en el sentido de que son los varones los que suelen padecer de CI con mayor frecuencia que las mujeres—.

De acuerdo con el objetivo del estudio, se llevó a cabo un filtro entre aquellos participantes que vivieron los estresores más agudos (inventario),  $n = 115$ . Las características sociodemográficas resultantes fueron: a) Pacientes: 54 hombres (76.1%) y 17 mujeres (23.9%), de entre 42 y 81 años de edad ( $\bar{X} = 61.80$ ,  $\sigma = 9.45$ ). En cuanto al estado civil, 6 (8.5%) eran solteros; 50 casados (70.4%); 4 (5.6%) estaban divorciados o separados; 5 (7%) vivían en unión libre y 6 (8.5%) eran viudos. La escolaridad predominante fue el nivel básico: 34 (47.9%) tenían estudios de primaria y 11 (15.5%) estudiaron hasta la secundaria. Sólo 9 (12.7%) estudiaron hasta la licenciatura. Los demás tenían estudios de bachillerato, carrera técnica, comercial, posgrado o no estudiaron.

De estos pacientes, 39 (54.9%) tenían diagnóstico de infarto, 4 (5.6%) reinfarcto y otros más, y en menor porcentaje, angina estable, angioplastia, infarto en evolución, reinfarcto o diversas combinaciones de angor, posquirúrgicos, angina de reciente inicio o progresiva, entre otros; todos ellos modalidades de la CI. En cuanto a los no pacientes: 22 hombres (51%) y 22 mujeres (49%), de entre 45 y 90 años de edad ( $\bar{X} = 60.09$ ,  $\sigma = 12.40$ ). Respecto del estado civil, 10 (22.7%) eran solteros, 31 (70.5%) estaban casados y 2 (4.5%) eran viudos. El nivel de estudios se conformó de 3 (6.8%) con estudios de primaria, otros 3 (6.8%) tenían estudios de secundaria, 6 (13.6%) estudiaron hasta el bachillerato y sólo 17 (38.6%) tenían licenciatura. Los demás tenían una carrera técnica, comercial, normal, posgrado y enfermería.

## INSTRUMENTOS

Se aplicaron tres instrumentos:

- *sws Survey* (Gutiérrez y Ostermann, 1994). Conformado originalmente por 75 reactivos con tres dimensiones: social, laboral y personal

(Zavala, 2007). Este dispositivo fue revalidado en una muestra de pacientes y no pacientes en estudios posteriores Zavala (2007); Zavala *et al.* (2008); Zavala, Verdejo y Díaz-Loving (2015), con la finalidad de obtener una versión más corta orientada a estresores agudos y a los pacientes con diagnóstico de CI.

Para el presente estudio, se aplicó el mismo instrumento con algunas aseveraciones agregadas y con formato de inventario, añadiendo un espacio de respuesta libre al final, donde los participantes debían reportar el estresor identificado como más intenso del listado previo proporcionado. Sin embargo, si el evento que habían evocado no aparecía en dicho listado, podían añadir uno nuevo de manera espontánea. El propósito fue quedarnos con un instrumento orientado sólo a estresores agudos.

Para su contestación, las afirmaciones y la respuesta libre se dividieron en tres tipos de respuesta: *a)* Frecuencia. Con valores de 5 = Muy frecuentemente a Nunca = 1; *b)* intensidad. Con oscilaciones de 5 = Muy severo a 1 = Leve, y *c)* emoción asociada, que los participantes debían anotar a un lado de cada situación estresante y también de la respuesta libre ubicada al final del inventario. Por ejemplo: 1. Abandono de la pareja: “tristeza”, “enojo”, “ansiedad”; Respuesta libre: “Encarcelamiento de un familiar”, emoción asociada: “tristeza”, “frustración”.

- Cuestionario de estilos de enfrentamiento. El instrumento de estilos de enfrentamiento fue desarrollado por Folkman y Lazarus (1988), *Ways of Coping Questionnaire*. Está conformado por 66 reactivos, con opciones de respuesta de 0 = No, de ninguna manera; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Sí, totalmente. Fue revalidado (validez de constructo) y reconfiabilizado (consistencia interna) en adultos no pacientes de la Ciudad de México (n = 240) (Zavala *et al.*, 2008); Zavala, Verdejo y Díaz-Loving (2015).

Para el presente estudio (n = 300 pacientes y no pacientes), dicho instrumento fue revalidado y reconfiabilizado para una versión más actualizada. Se obtuvieron cuatro factores de enfrentamiento y su

confiabilidad, a saber: 1. Reevaluación positiva:  $\alpha = 0.723$ ; evasión:  $\alpha = 0.701$ ; distanciamiento:  $\alpha = 0.586$ , y negación:  $\alpha = 0.291$ , que por su puntaje tan bajo no fue significativo. El  $\alpha$  total del instrumento fue de 0.716.

- Se aplicó, también, un cuestionario sobre la identificación de factores de riesgo coronario para los no pacientes. El correspondiente al de los pacientes fue determinado por los médicos especialistas en sus historias clínicas.

## **Procedimiento**

Para llevar a cabo la investigación con todos los participantes, se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la institución (INCICH) y de una empresa privada. Una vez logrado esto, se explicó a las personas los objetivos del estudio y se enfatizó que sólo era con fines de investigación, de carácter anónimo, obteniendo su consentimiento informado por escrito por razones éticas. Se hizo el compromiso de devolver a los directivos de ambos lugares los resultados encontrados.

## **RESULTADOS**

De la lista total de estresores (85), se realizó un análisis de frecuencias de acuerdo con las respuestas dadas por los participantes en una escala de respuesta leve a muy severo.

Los participantes también escribieron la emoción asociada con cada estresor (que no se analizó en el presente estudio por no formar parte del objetivo principal), independientemente de si el estresor era evaluado como leve, moderado, severo o muy severo. Los estresores encontrados resultaron ser menos de veinte para cada grupo: 15 para los pacientes y 16 para los no pacientes (tablas 1 y 2), donde los conflictos con la pareja, la muerte de un familiar,

víctima de robo y problemas económicos fueron elementos que confluyeron en ambos grupos y ocuparon los primeros cinco lugares jerárquicos.

**Tabla 1. Frecuencias situaciones de vida estresantes por su intensidad pacientes n = 150, respuesta libre**

<i>Experiencia estresante</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>	<i>Muy severo</i>	<i>Total</i>
Dx de enfermedad del corazón	0	6	3	23	32
Muerte de un familiar	0	1	0	30	31
Problemas económicos	1	1	2	13	17
Conflictos con la pareja	0	0	1	3	4
Tensión laboral	0	0	0	4	4
Víctima de robo	0	0	1	3	4
Víctima de violencia familiar	0	0	0	4	4
Divorcio	0	0	0	3	3
Nido vacío	0	0	0	3	3
Pérdida de la salud	0	0	0	2	2
Víctima de abuso sexual	0	0	0	2	2
Conflictos familiares	0	0	0	2	2
Problemas con el jefe	0	0	0	1	1
Enfermedad grave de un familiar	0	0	1	0	1
Nacimiento de un familiar enfermo	0	0	0	1	1

Se reportan las más significativas.

**Tabla 2. Frecuencias situaciones de vida estresantes por su intensidad no pacientes n = 150, respuesta libre.**

<i>Experiencia estresante</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>	<i>Muy severo</i>	<i>Total</i>
Conflictos con la pareja	0	4	8	7	19
Víctima de robo	0	2	5	9	16
Muerte de un familiar	0	0	1	13	14
Enfermedad grave de un familiar	0	0	1	9	10
Pérdida de empleo	0	4	3	3	10
Problemas económicos	0	1	2	2	5
Falta de reconocimiento del trabajo realizado	0	1	2	1	4
Tensión laboral	0	1	2	1	4
Inseguridad social	0	1	2	1	4
Conflictos con parientes políticos	0	1	2	1	4
Empleo bajamente remunerado	0	0	2	1	3
Dx de cáncer	0	1	2	0	3
Problemas con el jefe	0	1	2	0	3
Pérdida de la salud	0	0	1	1	2
Víctima de abuso sexual	1	0	0	1	2
Conflictos familiares	0	1	1	0	2

Se reportan las más significativas. Se puede observar que ambos grupos convergen en el estresor de Muerte de un familiar, ubicado en los primeros lugares.

En la segunda fase del estudio, se separó a cada grupo de acuerdo con los estresores que las personas habían reportado en sus respuestas como más intensos (agudos), resultando aquellos que estaban relacionados con las pérdidas y que no esperábamos encontrar; reduciéndose así el tamaño

original de la muestra a sólo 71 pacientes (47.33%) de los 150 y a un total de 44 (28.67%) no pacientes de los 150, como se aprecia a continuación:

**Tabla 3. Frecuencia de la experiencia más estresante por su intensidad (pérdidas) pacientes (n = 71), respuesta libre.**

<i>Experiencia estresante intensa</i>	<i>Frecuencia (por su intensidad)</i>	<i>Porcentaje</i>
Problemas económicos	15	21.13%
Diagnóstico de enfermedad del corazón	26	36.62%
Muerte de un familiar	30	42.25%
Total	71	100.0%

**Tabla 4. Frecuencia de la experiencia más estresante por su intensidad (pérdidas) no pacientes (n = 43), considerando un valor omitido, respuesta libre.**

<i>Experiencia estresante intensa</i>	<i>Frecuencia (por su intensidad)</i>	<i>Porcentaje</i>
Conflictos con la pareja	16	34.88%
Víctima de robo	14	32.56%
Muerte de un familiar	14	32.56%
Total	44	100.0%

Como se puede notar, los estresores agudos para los pacientes fueron: *Diagnóstico de enfermedad del corazón* (n = 26, 36.62%; niveles de severo a muy severo); *Muerte de un familiar* (n = 30, 42.25%; nivel severo), y *Problemas económicos* (n = 15, 21.13%; niveles de severo a muy severo), principalmente. Para los no pacientes, los estresores agudos fueron fueron: *Conflictos con la pareja*; con la amenaza de su pérdida emocional: (n = 15, 34.88%; niveles de severo a muy severo); *Víctima de robo* (n = 14, 32.56%; niveles de severo a muy severo), y *Muerte de un familiar* (n = 14, 32.56%; niveles de severo a muy severo) (tablas 3 y 4).

Cabe señalar que la *Muerte de un familiar* ocurrió hasta cinco años atrás y fue de carácter, principalmente, repentino (padres, hijos, esposa, hermanos); los *Problemas económicos* se referían a ser víctima de fraude, la pérdida del empleo (pacientes y no pacientes) o haber sido robado por los hijos: dinero, bienes inmuebles (pacientes). Por lo anterior, pudimos darnos cuenta que las pérdidas se dividían en *reparables o temporales e irreparables*. Las primeras proporcionaban la esperanza de reponer lo perdido, como la situación financiera (si se era económicamente activo en términos del presente estudio) o quizás la amenaza de la pérdida emocional de la pareja, y las otras no brindaban ninguna posibilidad de recuperación de lo que se había ido (muertes, salud: ci).

Por otro lado, se calcularon los valores bajos, medios y altos con valores de respuesta de 0 a 3 para los estilos de enfrentamiento, de donde se obtuvo una media teórica con valor de 1.5. Esto se realizó con la finalidad de poder expresar qué estilo de enfrentamiento utilizaban más o menos los participantes en relación con los estresores más agudos (ahora pérdidas); así, se realizó un análisis de tablas cruzadas para cada grupo (tablas 5 y 6).

**Tabla 5. Frecuencia experiencia más estresante (evaluada de severa a muy severa) respuesta libre, pacientes n = 71 con su respectivo uso de estilo de enfrentamiento**

<i>Estilos de enfrentamiento</i>	<i>Diagnóstico de enfermedad del corazón</i>	<i>Muerte de un familiar</i>	<i>Problemas económicos</i>	<i>Total pacientes</i>
<i>Reevaluación positiva</i>				
Bajo	6	14	4	24
Medio	0	0	0	0
Alto	20	16	11	47
Total	26	30	15	71
<i>Negación</i>				
Bajo	25	27	12	64

Medio	1	1	1	3
Alto	0	2	2	4
Total	26	30	15	71
<i>Evasión</i>				
Bajo	6	9	5	20
Medio	0	4	1	5
Alto	20	17	9	46
Total	26	30	15	71
<i>Distanciamiento</i>				
Bajo	18	29	6	53
Medio	2	0	1	3
Alto	6	1	8	15
Total	26	30	15	71

**Tabla 6. Frecuencia experiencia más estresante (evaluada de severa a muy severa) respuesta libre, no pacientes n = 44 con su respectivo uso de estilo de enfrentamiento**

Estilos de enfrentamiento	Conflictos con la pareja	Víctima de robo	Muerte de un familiar	Total pacientes
<i>Reevaluación positiva</i>				
Bajo	11	4	5	20
Medio	0	0	0	0
Alto	5	10	9	24
Total	16	14	14	44
<i>Negación</i>				
Bajo	15	12	11	38
Medio	0	0	0	0
Alto	1	2	3	6

Total	16	14	14	44
<i>Evasión</i>				
Bajo	6	9	6	21
Medio	1	0	1	2
Alto	9	5	7	21
Total	16	14	14	44
<i>Distanciamiento</i>				
Bajo	13	9	13	35
Medio	0	0	1	1
Alto	3	5	0	8
Total	16	14	14	44

### • **Pacientes**

Los resultados mostraron que los pacientes ( $n = 71$ ) en el estresor de *Diagnóstico de enfermedad del corazón* (ci) usaron de la misma manera el estilo de reevaluación positiva ( $n = 20$ ) y evasión ( $n = 20$ ) en relación con el distanciamiento ( $n = 6$ ). El estilo de negación no puntuó ( $n = 0$ ). En cuanto a la *Muerte de un familiar*, los enfermos evadieron más ( $n = 17$ ), reevaluaron un poco menos ( $n = 16$ ) y prácticamente no se distanciaron ( $n = 1$ ) ni negaron ( $n = 2$ ). Respecto de *Problemas económicos*, este grupo utilizó más la reevaluación positiva ( $n = 11$ ) en cuanto a la evasión ( $n = 9$ ) y al distanciamiento ( $n = 8$ ), pero ésta perdió terreno al compararla con todos los estilos de enfrentamiento desadaptativos juntos ( $n = 19$ , incluyendo el de negación: ( $n = 2$ )).

### • **No pacientes**

En los no pacientes ( $n = 44$ ), se observó que en los *Conflictos con la pareja* evadieron más ( $n = 9$ ), reevaluaron menos ( $n = 5$ ) y casi no se distanciaron ( $n = 3$ ) ni negaron el hecho ( $n = 1$ ). En cuanto al estresor *Víctima de robo*, este grupo usó más el estilo de enfrentamiento de reevaluación positiva

(n = 10) que los de evasión (n = 5) y distanciamiento (n = 5) por separado. El estilo de negación no fue significativo (n = 2). En cuanto a la *Muerte de un familiar*, los resultados mostraron que el estilo de reevaluación positiva tuvo mayor presencia (n = 9) que los estilos de enfrentamiento desadaptativos por separado: evasión (n = 7) que la negación (n = 3) y el distanciamiento (n = 0). Por lo tanto, para dicho grupo de personas, el estilo de enfrentamiento de reevaluación positiva se usó más para el estresor *Víctima de robo* (pérdida posiblemente reparable o temporal), mientras que el estilo de evasión se empleó más para el estresor *Conflictos con la pareja* (pérdida posiblemente reparable o temporal).

Comparando ambos grupos, encontramos, en términos generales, que fueron los pacientes quienes recurrieron más al estilo de enfrentamiento orientado a la emoción (evasión) ante la *Muerte de un familiar*, (pérdida irreparable), haciendo grandes esfuerzos por utilizar el estilo de enfrentamiento orientado al problema (reevaluación positiva), posiblemente en un intento de solucionar la situación; mostrando el mismo patrón más distanciamiento ante los *Problemas económicos* (constituidos también por robos como lo sufrido por los no pacientes). El *Diagnóstico de enfermedad del corazón* —pérdida irreparable—, aunque se evadió en la misma proporción que ser reevaluada, hubo poco distanciamiento. En contraste, los no pacientes perdieron terreno ante los *Conflictos con la pareja* (pérdida posiblemente reparable o temporal), pero emplearon un poco mejor la reevaluación positiva al enfrentar la *Muerte de un familiar* y se portaron de manera similar cuando fueron robados (pérdida posiblemente reparable o temporal o evasión y distanciamiento).

## Discusión

Se realizó una investigación de diseño *exposfacto* y descriptiva. Los resultados mostraron, en el caso de los pacientes, tres eventos primordiales muy intensos: *Diagnóstico de enfermedad del corazón*, CI (deterioro grave de la salud —pérdida muy significativa e irreparable—, pues a

partir de la notificación su cuerpo, fuerza e imagen de sí mismo, ya no será jamás la que fue); *Muerte de un familiar* (con ocurrencia asociada de episodios de infartos y reinfartos —pérdida irreparable—) y *Problemas económicos* (pérdida posiblemente reparable o temporal). Para los no pacientes, los datos mostraron, en primer lugar, los *Conflictos con la pareja* (con amenaza de su pérdida emocional —pérdida posiblemente reparable o temporal, pero también irreparable; esto es, sin reconciliación—), y, en segundo término y al mismo tiempo, el haber sido *Víctima de robo* (pérdidas, posiblemente reparables o temporales) y vivir el dolor de la *Muerte de un familiar* (pérdida irreparable). Estos resultados coinciden con los estudios de Sandín (2002) y Orellano (2015), quienes resaltan la importancia entre el estrés y las enfermedades cardíacas y también con lo dicho por Pangrazzi (cit. por. Cabodevilla, 2007).

Desde el punto de vista de su procedencia, se ha demostrado que los estresores forman parte de la vida de los individuos en función de dónde suelen pasar más su tiempo. Así, los hallazgos de la presente investigación concuerdan con Colli y Mantilla (1998) en la correspondencia que tiene la persona con su medio circundante, los hábitos de vida, el estrés y el desarrollo de la enfermedad del corazón. Por ejemplo, los pacientes de la presente investigación vivieron con mayor intensidad su propia enfermedad y la muerte de un familiar (que fue su ambiente más inmediato), mientras que los no pacientes (población económicamente activa) expresaron como estresor más severo los problemas con la pareja.

Situaciones como muertes, padecimiento de enfermedades, problemas económicos y pérdidas han tenido la primacía como estresores agudos en investigaciones de Holmes y Rahe en los sesenta (cit. por Davidoff, 1984; Acuña, González y Bruner, 2012; Menéndez *et al.*, 2002; Molina *et al.*, 2008) y que muestran ser correspondientes con la época presente. En específico, situaciones muy problemáticas y dolorosas, como la pérdida de seres queridos en el caso de los pacientes o la amenaza de la separación de la pareja en el caso de los no pacientes y, en general, las muertes, las enfermedades graves de familiares (que son más estresantes entre más prolongadas resulten) y la pérdida de empleo (donde al parecer la incer-

tidumbre es fatal) fueron resultados congruentes con lo que dio a conocer Orellano (2015) al señalar que el ámbito familiar (seres queridos), las separaciones de la pareja, las enfermedades familiares y la pérdida del empleo son eventos que producen ansiedad y angustia donde el estrés psicológico prolongado puede conducir a un estado de agotamiento vital, asociado a sufrir infartos y reinfartos (Sandín, 2002), hecho coincidente con la presente investigación.

Ante tan alarmante situación, se suman los estilos de enfrentamiento, ya que el estado de salud del individuo puede empeorar cuando se utiliza un enfrentamiento desadaptativo, como lo evidencian Kohlman *et al.* (2001) y Richard's y Urquijo (2006), al asociarlo con episodios isquémicos, hecho similar a lo que se halló en el presente estudio. Tal es la relevancia de los procesos de enfrentamiento que su estudio abarca, así mismo, diferentes ámbitos: económico, laboral, académico. Magaña *et al.*, además destacan los relacionados con la muerte, activo y evitativo; hallazgos coincidentes con los resultados del actual estudio, en el entendido de que las pérdidas anteriores pueden aportar sentidos y fuerza a la pérdida presente y tomando en cuenta que en algunos duelos patológicos el deudo enferma justo de los males que el muerto tenía.

Cuando la pérdida se convierte en un estresor primordial, ésta sigue presente en la vida de los individuos y continúa estando saturada de un sentimiento de desesperanza (que muestran las personas en duelo), comprometándose más la salud cardíaca (O'Connor, 2018), suceso observado en el grupo de pacientes.

Finalmente, puede considerarse que el presente estudio es innovador, enfocándonos en la investigación de la CI como posible consecuencia del estrés agudo vivido en dos muestras distintas, a diferencia de otras investigaciones donde se reportan las enfermedades cardíacas como parte del estrés y de igual modo, asociadas al enfrentamiento. Este hecho coincide con Martínez *et al.* (2004), quienes comentan que son escasas las investigaciones de enfoque cualitativo que hayan estudiado los estresores y los estilos de enfrentamiento en pacientes con cardiopatía isquémica en su periodo agudo, por lo que se sugiere realizar más estudios al respecto.

## Conclusiones

Se encontró que los estresores agudos están relacionados con las pérdidas y éstas pueden clasificarse, de acuerdo con los resultados de la presente investigación, en reparables o temporales e irreparables. Fue evidente que, de acuerdo con ello y con las características de los individuos, fue la respuesta de enfrentamiento. Las pérdidas irreparables (muerte de un familiar, diagnóstico de CI y, posiblemente, la recuperación de la economía —porque el estado de salud delicado de los pacientes les impide trabajar—) ofrecen estilos de enfrentamiento más inadecuados que las que son reparables o temporales (de alguna manera, la economía para los no pacientes —siendo éstos económicamente activos—, la amenaza de la pérdida de la pareja, en términos de su separación física); no obstante, cuando la falta es total, la demanda que se requiere de la persona hacia un nuevo ajuste psicológico es todavía mayor.

Los estilos de enfrentamiento orientados a la emoción (desadaptativos) parecen tener un efecto negativo en el ajuste emocional y se asocian con mayor sintomatología (reinfartos); sobre todo, si el estresor agudo persiste y la evasión predomina. Además, constituyen un punto de partida para estudios posteriores, porque la amenaza de desarrollar CI en población sin padecimiento cardíaco se encuentra latente (población en riesgo), toda vez que prevalezca el estresor agudo de pérdida irreparable y un estilo de enfrentamiento inadecuado; mientras que los estilos de enfrentamiento más adaptativos u orientados al problema se vinculan con efectos positivos sobre el ajuste emocional y social. Pareciera que las discrepancias entre un grupo y otro descansan en la base de la valoración cognitiva de un estresor como agudo cuando está relacionado con pérdidas irreparables, de la predominancia del uso de un estilo de enfrentamiento, sobre otro, y las características de personalidad, lo que apunta hacia la obtención de perfiles específicos para diseñar estrategias de intervención en materia de salud física y psicológica, pero también de prevención.

## Referencias

- Acuña, L., González, D. A. y Bruner, C. A. (2012). La escala de reajuste social de Holmes y Rahe en México: una revisión después de 16 años. *Revista Mexicana de Psicología*, 29 (1), México: Sociedad Mexicana de Psicología, 16-32.
- Bermejo, J. C., Villacieros, M. y Fernández-Quijano, I. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de enfrentamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica*, 13 (2), Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 129-142. doi.org/10.5944/ap.13.2.15965
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa: Guía práctica*. Barcelona: Ceac.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, Navarra: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 163-176.
- Colli, M. y Mantilla, E. (1998). Estrés y cardiopatía isquémica. Programa de prevención y de rehabilitación social en el paciente coronario como parte de la rehabilitación integral. *Revista Cubana de Psicología*, 15 (2), Cuba: Universidad de La Habana, Facultad de Psicología, 105-116.
- Davidoff, L. (1984). *Introducción a la psicología*. México: McGraw-Hill.
- Diccionario de la Real Academia Española* (2014). Madrid: Real Academia Española.
- Espino, V. (1983) *Introducción a la Cardiología*, México: Méndez Oteo.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- García-Viniegras, C. y Pérez, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12 (2), Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 265-274.
- González, R. y Alcalá, J. (2010). Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. *Revista de la Facultad de Medicina*, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 53 (5), 35-43.
- Gutiérrez, R. y Ostermann, R. (1994), *Escala sws-Survey Salud Mental, Estrés y Trabajo*. México-Estados Unidos: s. d.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Kohlmann, W., Ring, C., Carroll, D., Mohiyeddini, C. y Bennett, P. (2001). Cardiac coping style, heartbeat detection, and the interpretation of cardiac events. *British Journal of Health Psychology*, 6, Reino Unido: The British Psychological Society, 285-301.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, Virginia: American Psychosomatic Society, 234-247.
- Livneh, H. (1999). Psychosocial adaptation to heart diseases: The role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation*, 65 (3), Washington: The National Rehabilitation Association, 24-32.
- Magaña, M., Bermejo, J. C., Villacieros, M. y Prieto, R. (2019). Estilos de afrontamiento y diferencias de género ante la muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30 (112), 103-117.
- Martínez, A. A., Rodríguez, A., Rodríguez, C. y Rodríguez, A. (2004). Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enfermería en Cardiología*, 34, Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 15-21.
- Menéndez, C., Montes, A., Núñez, C., Fernández, M. J., Gamarra, T. y Buján, S. (2002). Estrés ambiental y reactividad cardiovascular: la influencia de los acontecimientos vitales estresantes en pacientes hipertensos. *Atención Primaria*, 30 (10), Alicante: Elsevier, 631-637.
- Molina, T., Gutiérrez, A., Hernández, L. y Contreras, C. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24 (2), Murcia: Universidad de Murcia, 353-360.
- Naranjo, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista de Educación*, 33 (2), Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 171-190.
- O'Connor, A. (2018). El efecto de las emociones en el corazón. *The New York Times*, Nueva York: The New York Times Company, Recuperado de <https://www.nytimes.com/es/2018/11/09/corazon-cardiopatia-emociones/>
- Orellano, C. (2015). Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Perspectivas en Psicología*, 12 (1), La Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 52-56.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Las 10 principales causas de defunción*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16 (2), Colombia: Fundación Universitaria de Konrad Lorenz, 85-112.
- Richard's, M. y Urquijo, S. (2006). Trastornos de personalidad y episodios isquémicos agudos. determinación de perfiles de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), México: Sociedad Mexicana de Psicología, 235-244.

- Ríos, B., Huitrón, G. y Rangel, G. (2009). Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas. *Archivos de Cardiología de México*, 4 (79), México: Instituto de Cardiología, 257-262.
- Rosas-Peralta, M. y Attie, F. (2007). Enfermedad cardiovascular: Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo. *Archivos de cardiología de México*, 77 (2), 91-93.
- Sánchez, M., González, R., Marsán, V. y Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 22 (3), Cuba: Instituto de Hematología e Inmunología, 1-13.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: Un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (1), Madrid: Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1-18.
- Zavala, L. (2007). *Estrés y estilos de enfrentamiento como posibles factores asociados a la cardiopatía isquémica*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México: Ciudad de México.
- Rivas, R., Andrade, P. y Reidl, L. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), México: Universidad Intercontinental, 159-182.
- Verdejo, M. y Díaz-Loving, R. (2015). Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía isquémica. *Psicología Iberoamericana*, 23 (1), México: Universidad Iberoamericana, 7-15.
- Zipes, D., Libby, P., Bonow, R., Mann, D. y Tomaselli, G. (2019). *Braunwald. Tratado de Cardiología*, Nueva York: Elsevier.