

# Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria

## RESUMEN

Estudios han identificado que comportamientos, emociones y estrés están asociados con la enfermedad de arterias coronarias (EAC). Existe soporte a la hipótesis de que una zona de la corteza cerebral, ligada con las emociones, se activa ante condiciones estresantes y genera respuestas como hipertensión e infarto. Los aspectos que preceden o generan estrés y comportamientos de riesgo para EAC no son abordados en la atención en salud, y su estudio se ha centrado en la ansiedad o la depresión. La pregunta fue: ¿cuáles son los estados afectivos y emociones más frecuentes y predominantes que subyacen a la experiencia del estrés en las personas con EAC, y su diferencia según algunas características socio-demográficas? **Métodos:** estudio transversal correlacional, participaron 65 personas con EAC. Se empleó un cuestionario sobre 38 estados afectivos y emocionales para identificar las emociones características según frecuencia, predominio y fuerza de aparición. **Resultados:** se identificaron 12 características predominantes, de las cuales 10 las define afectivamente: hipersensibilidad, impaciencia, infalibilidad, miedo, excesiva preocupación por otros, autorrepresión emocional, rigidez moral, deseo de ser ejemplo para otros, sobreprotección, soledad y aislamiento. Estas se correlacionaron significativamente con la culpa, el sentimiento de infelicidad, la desolación, la angustia extrema y la desesperanza. **Discusión:** la excesiva importancia a la razón, al reconocimiento por otros, en detrimento de expresión de emociones y necesidades afectivas, señala conflictos internos persistentes, deficiente autocuidado y estrés emocional. Se sugiere investigar aspectos emocionales para prevención temprana y rehabilitación.

## PALABRAS CLAVE

Enfermedad coronaria, emociones, sentimientos, estrés, riesgo, promoción de la salud, prevención (Fuente: DeCs, BIREME).

## *Emotions and Stress in Persons with Coronary Disease*

## ABSTRACT

A number of studies have determined that behavior, emotions and stress are associated with coronary artery disease (CAD). There is evidence to support the hypothesis that the zone of the cerebral cortex linked to emotions is activated under stressful conditions and generates responses such as hypertension and cardiac arrest. Nevertheless, emotions that precede or generate stress and behavior that poses a risk of CAD are not addressed in health care, and their study has centered on anxiety or depression. The question is: What are the feelings and emotional states most often and predominantly associated with stress experienced by persons with CAD, and whether or not they differ according to certain socio-demographic characteristics? **Methods:** a correlational cross-sectional study of 65 women

1 Doctora en Psicología. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. nataliatobo@yahoo.es

2 Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. glacanav@univalle.edu.co

and men with CAD. A questionnaire on 38 feelings and emotional states was used to identify the characteristic emotions, according to frequency, predominance and force of appearance. **Results:** Twelve predominant characteristics were identified, 10 of which were identified and defined emotionally as hypersensitivity, impatience, infallibility, fear, excessive concern for others, emotional self-restraint, moral rigidity, the desire to be an example for others, over-protection, loneliness and isolation. These correlated significantly with feelings of blame, unhappiness, grief, extreme anxiety and desperation. **Discussion:** Excessive importance to reason and recognition from others, to the detriment of expressing ones feelings and emotional needs, appear to be indicative of persistent internal conflicts, a lack of self-care and emotional stress. It is suggested that emotional aspects be researched further in the interest of early prevention and rehabilitation.

#### KEY WORDS

Coronary disease, emotions, feelings, stress, risk, health promotion, prevention (Source: DeCS, BIREME).

## *As emoções e o stress em pessoas com doença cardíaca coronária*

#### RESUMO

Alguns estudos descobriram que o comportamento, as emoções e o estresse estão associados com doença arterial coronária (DAC). Existe suporte para a hipótese de que uma área do córtex cerebral, associada às emoções, é ativada por condições de estresse e produz respostas como hipertensão e infarto. Os fatores afetivos e as emoções que antecedem ao estresse e aos comportamentos de risco para DAC, ou geram-nos, não são abordados nos cuidados de saúde, e a pesquisa está orientada à ansiedade ou à depressão. A pergunta proposta foi: quais são os estados afetivos e emocionais predominantes mais freqüentes, subjacentes à experiência do estresse em pessoas com DAC, assim como suas diferenças de acordo com algumas características sócio-demográficas? **Métodos:** um estudo correlacional de corte transversal, em que participaram 65 pessoas com DAC. Aplicou-se um questionário acerca de 38 estados afetivos e emocionais para identificar as emoções características seguindo a freqüência, a prevalência e a intensidade de aparecimento. **Resultados:** se identificaram 12 elementos característicos, dos quais 10 os identificam e definem afetivamente: hipersensibilidade, impaciência, infalibilidade, medo, preocupação excessiva para outros, auto-repressão emocional, rigidez moral, desejo de ser um exemplo para os outros, sobreproteção, solidão e isolamento. Estes foram significativamente correlacionados com a culpa, o sentimento de infelicidade, a desolação, a angústia extrema e a desesperança. **Discussão:** ênfase excessiva na razão e ao reconhecimento pelos outros em prejuízo da expressão de emoções e necessidades afetivas; indica conflitos internos constantes, autocuidado deficiente e estresse emocional. Sugere-se investigar os aspectos emocionais para prevenção precoce e reabilitação.

#### PALAVRAS-CHAVE

Doença coronária, emoções, sentimentos, estresse, risco, promoção da saúde, prevenção (Fonte: DeCS, Bireme).

## Introducción

La enfermedad de arterias coronarias (EAC) es uno de los principales problemas de salud pública a escala mundial (1, 2, 3), ha llegado a cifras que la pueden clasificar como epidemia, lo que merece especial atención según reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). En el ámbito mundial representa la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países en desarrollo, siendo el infarto la principal causa de muerte en Occidente y en los países industrializados (3). En Colombia, es la segunda causa de mortalidad.

La situación expuesta ha llevado a progresos importantes en el tratamiento de la EAC con el consiguiente aumento de la sobrevivencia de las personas afectadas por la misma. Pero el incremento en su incidencia permite concluir que aún requiere de la identificación, prevención y control de factores de riesgo antes que la EAC se manifieste clínicamente.

Los primeros trabajos epidemiológicos que confirmaron el valor del patrón de conducta tipo A como factor de riesgo coronario fueron realizados en los años setenta, uno es el de Framingham referido por Haynes (4). En las últimas décadas, diversos estudios (5, 6, 7, 8, 9) han identificado que el estrés, y aspectos comportamentales y emocionales, tienen aproximadamente la misma potencia de asociación con la EAC que la hipercolesterolemia, la hipertensión y el tabaquismo, y que son factores de riesgo significativos y tan importantes como los tradicionales. Investigaciones muestran que las personas con mayor reactividad cardiovascular al estrés mental agudo presentan mayores incrementos en niveles circulantes de IL-6 y TNF tras, el factor estresor, que luego pueden estimular una cascada inflamatoria que desempeña un papel crucial en la aterogénesis (10). De las expresiones de estrés, han sido estudiadas la hostilidad, la ansiedad y la depresión (11, 12, 13), y se ha encontrado una relación positiva con el inicio o evolución clínica de la EAC (14, 15). Actualmente, se reconoce que el estrés puede aumentar la presión arterial, pero hasta hace poco no se conocía la forma como la emoción podía aumentar el riesgo de infarto. En los últimos años, científicos han aportado datos que apoyan la hipótesis de que la corteza del cíngulo anterior, ubicada en el lóbulo frontal, una zona ligada con las emociones, se activa ante condiciones psicológicas estresantes y genera en el resto del cuerpo respuestas fisiológicas negativas como la hipertensión, y graves problemas cardíacos como el infarto (16).

Con respecto al cuidado, en enfermería es relevante el ser humano en sus diferentes dimensiones, no solo en la física o biológica. El impacto psicológico de la percepción de los eventos estresantes en las personas con EAC, y de estos con su enfermedad, ha sido escasamente tratado; pero en las personas en general la relación entre la psiquis y el cuerpo se ha puesto de relieve al evidenciarse las implicaciones físicas de los estados de estrés. En la teoría de enfermería de cuidado humano de la doctora Jean Watson, la persona es vista como mayor que y diferente a la suma de las partes, se plantea así una visión del ser humano como un yo funcional e integrado, en el que sus condiciones psicológicas y espirituales, y la transacción entre las personas y su ambiente afectan la salud y la sanación (17). En esa dirección, enfermería ha elegido como opción profesional el cuidado del indivi-

*En las últimas décadas, diversos estudios han identificado que el estrés, y aspectos comportamentales y emocionales, tienen aproximadamente la misma potencia de asociación con la EAC que la hipercolesterolemia, la hipertensión y el tabaquismo, y que son factores de riesgo significativos y tan importantes como los tradicionales.*

*Con frecuencia la atención en salud se ha centrado en los factores biológicos, en tanto que lo psicológico se aborda de manera secundaria y desde las manifestaciones físicas y bioquímicas del estrés.*

duo desde una perspectiva holística, cuyo objetivo primordial es la búsqueda de su bienestar. A partir de esa premisa, tal como lo propone Leininger en su teoría de Enfermería, interesa conocer la respuesta del ser humano ante distintas situaciones a lo largo de la vida, también ante la salud y la enfermedad, y adaptar los cuidados de enfermería a las formas de vida y las necesidades generales del individuo (18). Todo ello con el propósito de promover el bienestar y una mejor solución a sus necesidades.

A pesar de lo anterior, las variables afectivas y emocionales no han sido ampliamente estudiadas. Con frecuencia la atención en salud se ha centrado en los factores biológicos, en tanto que lo psicológico se aborda de manera secundaria y desde las manifestaciones físicas y bioquímicas del estrés, sin abordar los aspectos afectivos internos que preceden o generan estas manifestaciones de estrés y comportamientos de riesgo.

Algunos estudios citados por Eugene Braunwald (8) no han podido demostrar la validez de la hipótesis de comportamiento tipo A en relación con la mortalidad y morbilidad por causa del infarto, y otros han mostrado que la reincidencia del infarto agudo es más frecuente en la personalidad tipo B; así que como lo señala Lazarus "parece ser que no es la expresión externa o propia de la personalidad lo que más cuenta, sino la manera como el individuo experimenta internamente sus emociones" (19). Cada persona reacciona a las perturbaciones o eventos de manera más o menos intensa de acuerdo con un código psicoafectivo propio, por lo que un determinado estímulo que resulta estresante para una persona puede no serlo para otra (20). Lazarus y Folkman (21) afirman, con base en sus investiga-

ciones, que es el significado asignado a la situación, que se refleja en la expresión emocional, lo que realmente cuenta en la experiencia de estrés y el afrontamiento de los eventos. Tales afirmaciones sugieren que las condiciones afectivas o emocionales pueden producir: 1) Alteración en el equilibrio biopsicosocial generando conflicto interno y estrés; 2) Conductas desadaptativas a determinados estímulos como las señaladas en la "personalidad tipo A", convirtiéndose en generadores de estrés y de riesgo.

Por lo anterior, es necesario explorar y profundizar en el reconocimiento de la vida afectiva, de sentimientos y emociones de las personas que desarrollan EAC, en busca de información concreta que ayude en la prevención de factores relacionados con la enfermedad coronaria, en el cuidado a la persona enferma y su rehabilitación, con miras a favorecer su recuperación y prevenir complicaciones.

Con base en lo anterior, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿cuáles son los estados afectivos y las emociones más frecuentes y predominantes que subyacen a la experiencia del estrés en las personas con EAC, y su diferencia según algunas características sociodemográficas?

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las características afectivas, los sentimientos y las emociones que aparecen con mayor frecuencia en la vida de las personas con EAC que asisten a consulta especializada, y cuáles de esas características son predominantes por su frecuencia e intensidad o fuerza de aparición.
2. Determinar si existen correlaciones significativas entre las diferentes caracte-

rísticas emocionales, y entre éstas con las variables socio-demográficas de edad, sexo, estado civil y ocupación.

## Materiales y métodos

Estudio correlacional de corte transversal, en una muestra de personas con diagnóstico de EAC, que asistían a consulta externa especializada en dos instituciones de salud de tercer nivel de atención de la ciudad de Cali, Colombia, cuyos criterios de inclusión fueron: personas adultas, con diagnóstico médico de EAC reportado en historia clínica institucional como resultado de estudios clínicos, inscritos en el programa de control cardiovascular, que no presentaran otro tipo de patología primaria y sin cirugía cardíaca.

La muestra fue calculada mediante análisis de poder con base en un delta de 0,5, un poder del 95%, un nivel de significancia del 5% y una prueba de una cola (22). De acuerdo con la Tabla Maestra, la muestra mínima correspondía a 37 personas. Adicionalmente, se calculó un período de tres meses definido para la recolección de la muestra, en el que se consideró que asistirían a control en consulta externa todos los pacientes inscritos al programa. Del total de las personas que asistieron, 65 reunieron los criterios de inclusión y fueron los que constituyeron la muestra.

Se diseñó un cuestionario con preguntas sobre características socio-demográficas y una escala tipo Likert de 114 enunciados con puntajes de 0, 1 y 2, para que la persona señalara la frecuencia con que se presentaban emociones, sentimientos y estados afectivos subyacentes a diversas situaciones de la vida cotidiana, y no con las respuestas emocionales generadas

por la situación actual de la enfermedad. La escala se denominó “Emoción, afecto y entorno”, y se aplicó por medio de entrevista personal.

La escala se construyó con base en la revisión de teorías relacionadas con las emociones, entre ellas la Teoría Cognitiva-Motivacional-Relacional (TCMR) (19), y se tomaron como referencia los supuestos teóricos formulados por Bach (23, 24, 25). Los enunciados se redactaron de tal forma que hicieran reflexionar sobre las experiencias de la vida diaria, en tres fases: a) vividas en el pasado, b) en su relación con el entorno en situaciones cotidianas, c) que han perdurado o acompañado a lo largo de la vida. Cada fase incluye 38 enunciados, uno para cada condición afectiva y emoción definida por Bach (23, 24, 25, 26, 27). Los 114 enunciados abordan de manera diferente en cada una de las tres fases las 38 expresiones afectivas y emocionales que de acuerdo con la teoría de Bach se dividen en siete grupos. Cada una de las tres fases se puede evaluar independientemente.

La confiabilidad del instrumento estudiada con la consistencia interna, y como medida estadística el coeficiente de correlación y la fórmula de cálculo de Spearman-Brown mostraron un  $r^1 = 0,80$  (significativa para  $p \leq 0,05$  con 12 grados de libertad). La congruencia se evaluó con el grado de correlación entre las tres fases denominadas a, b y c; todas fueron estadísticamente significativa para  $P \leq 0,01$  y 12 grados libertad: fase a con b:  $r^1 = 0,93$ ; fase a con c:  $r^1 = 0,70$ ; fase b con c:  $r^1 = 0,80$ . La confiabilidad del instrumento estudiada con la consistencia interna también fue medida con el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual fue de 0,93 para el

*La validez de contenido del instrumento fue evaluada por expertos, quienes revisaron la congruencia de éste con los objetivos del estudio, así como la claridad de los enunciados.*

*El cuestionario fue probado con 14 personas entre 30 y 68 años de edad, con diferente nivel educativo, que emplearon un promedio de 46 minutos para desarrollar la encuesta.*

instrumento con los 114 enunciados, y de 0,85, 0,85, y 0,87 para las fases a, b y c, respectivamente.

La validez de contenido del instrumento fue evaluada por tres expertos, quienes revisaron la congruencia de éste con los objetivos del estudio y el marco conceptual de la investigación, así como la claridad de los enunciados. Hubo acuerdo en el 97% de los enunciados, concepto favorable por ser congruentes, claros y no tendenciosos.

La validez de construcción, que se refiere a la extensión en la cual un instrumento mide el concepto que se desea medir, y para el cual fue creado de acuerdo con las expectativas teóricas, se da a partir de la revisión bibliográfica del tema y del marco de referencia de lo expuesto por Bach (28, 29, 30); el instrumento se construyó con base en los siete grupos propuestos por este autor. La validez de construcción se evaluó mediante análisis factorial confirmatorio de componentes principales con base en los enunciados que cubren las características afectivas y emocionales que, como se anotó, se reúnen en siete subgrupos.

El análisis factorial extrajo siete factores con valores propios (Eigenvalue) por encima de 1,7 y cargas para cada uno en términos de porcentaje de la varianza así: Factor 1: 17,5; Factor 2: 8,5; Factor 3: 6,4; Factor 4: 6,0; Factor 5: 5,5; Factor 6: 5,0; Factor 7: 4,5; los cuales explican el 53,4% del total la varianza.

El cuestionario fue probado con 14 personas entre 30 y 68 años de edad, con diferente nivel educativo, que emplearon un promedio de 46 minutos para desarrollar la encuesta. El 100% catalogó el instrumento como claro. El 78,5% consi-

deró que era fácil de responder. El 77% lo encontró extenso; para el 78,5% el grado de cansancio fue de 1 y 2 en una escala de 1-10, siendo 1 lo más bajo.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Institucional y se cumplieron con todos los requisitos exigidos y reglamentarios de acuerdo con la normatividad vigente.

### **Análisis de los datos**

Los datos se manejaron siguiendo los parámetros de análisis temático. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El  $\chi^2$  y la correlación de Spearman y de Pearson se emplearon para confirmar la significancia estadística y la fuerza y dirección de las correlaciones.

De cada característica emocional se estudió:

1. La frecuencia: número de veces en el que la persona percibía que el estado emocional o afectivo se repetía o persistía en ella en cada una de las tres fases, según las opciones: siempre, algunas veces, nunca. Una característica afectiva o emocional se consideró predominante para el grupo si más del 70% respondía a esta con puntajes de 2 ó 1 (estaba presente siempre o algunas veces) en al menos dos de las tres fases.
2. La fuerza: sumatoria de los puntajes correspondientes a la frecuencia señalada en las tres fases para cada uno de los enunciados; el valor osciló entre 0 y 6 puntos; se clasificó en categoría débil (0-2 puntos), fuerte (3- 4 puntos) y muy fuerte (5- 6 puntos).

3. Si define e identifica afectiva y emocionalmente al grupo, es decir, cuando por su frecuencia de aparición clasificaba como predominante y poseía una intensidad o fuerza igual o mayor a 3 (es decir, fuerte o muy fuerte).

## Resultados

La muestra fue de 65 personas entre 44 y 74 años, con un promedio de edad de 62,7 +/- 8,77, con diagnóstico médico de EAC. El 66,7% era de sexo masculino. El 68,3% tenían pareja permanente. El 51,3% trabajaba en un nivel operativo, seguido por las amas de casa (22,4%); el 6,89% tenía un cargo administrativo de tipo directivo. En el tiempo libre el 49,27% desarrollaban actividades sedentarias como tejer, leer, ver televisión, entre otras. El 37,68%

caminaba o hacia deporte, el 13% realizaba actividades de tipo laboral.

### **Aspectos afectivos o emocionales predominantes que identifican y definen la muestra**

En el grupo se manifestaron 12 características predominantes, de las 38 afectivas o emocionales estudiadas, por tener frecuencia de aparición de siempre o algunas veces (puntaje 2 y 1 respectivamente), en al menos dos de las tres fases, y en más del 70% de la muestra. La tabla 1 presenta en orden descendente las medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos por estas características. Diez de estas manifestaciones por presentarse adicionalmente con una intensidad de fuerte o muy fuerte (intensidad mayor de 3 puntos), fueron definidas

como las características que identificaban y definían afectivamente esta muestra. De las características que definen afectivamente la muestra se destacan las tres primeras de la tabla por haber sido señaladas en las tres fases y haber sido reconocidas en algunas de las fases con una frecuencia de siempre por más del 90% de las personas, estas son:

- La autorrepresión en la expresión de emociones y afectos, la rigidez moral y el deseo de ser ejemplo para otros. Estas personas sienten que quienes sigan sus ideas y conducta podrán ser mejores. Fue sobresaliente el mantenerse siempre fiel a sus principios y normas, y guiar y construir toda su vida en torno a ellas, con una marcada autodisciplina que les llevó a relegar a un plano secundario la expresión afectiva o emocional, su salud o bienestar físico y emocional, y las actividades recreativas, sociales y de ocio.

**Tabla 1.** Características predominantes que identifican y definen (CDI), medidas de tendencia central de la fuerza de manifestación y porcentaje de personas

CARACTERÍSTICAS	CDI	Me	Mo	P75	Porcentaje con puntaje > 3	GRUPO
** <sup>o</sup> Infalible, dominante.	X	5	5	6	85,7	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
** Miedo a desgracia de otros.	x	4	4	5	88,9	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
** <sup>o</sup> Autorrepresión, rigidez moral.	x	4	4	5	90,5	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
+ <sup>o</sup> Forzamiento obstinado al deber.	x	4	4	5	82,5	Desaliento y desesperación
+ Impaciencia, irritabilidad.	x	4	4	5	80,9	Soledad
Sentimiento de vergüenza, necesidad extrema de limpieza y orden.	x	4	3	5	73,0	Desaliento y desesperación
+ Introversión, autosuficiencia.	x	3	4	4	77,8	Soledad
Deseo de convertir a otros a sus convicciones.	x	3	3	4	74,6	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
Nostalgia, absorbida en el pasado.		3	4	5	66,1	Falta de interés por el presente
+ Inhibición, enmascara afecto.	x	3	4	4	74,6	Susceptibilidad a influencias e ideas ajenas.
Posesividad, manipulación afectiva.		3	4	4	66,7	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
Sometimiento, sumisión exagerada.	X	3	4	4	66,7	Susceptibilidad a influencias e ideas ajenas

\*\* Están en más del 70% de la muestra en las tres fases. En una de las fases en más del 90%.

+ Está en más del 90% en una de las tres fases.

<sup>o</sup> Se presentó con una frecuencia de siempre en más del 70% del grupo.

*La autorrepresión en la expresión de emociones y afectos, la rigidez moral y el deseo de ser ejemplo para otros, hace que estas personas sientan que quienes siguen sus ideas y conducta pueden ser mejores.*

- La sensación de infalibilidad y el deseo de que los demás hagan las cosas en la forma que ellos esperan, ya que generalmente sienten que están en lo correcto. Por lo anterior, cuando toman una decisión “no les gusta perder tiempo escuchando a los otros”, haciendo manifiesta su actitud de dominio.
- Miedo e inquietud excesivos por lo que pueda suceder a otros, con tendencia a anticipación a la desgracia de los demás, expresión del temor y pesimismo en la vida.

Le sigue en importancia la disposición al forzamiento al deber de manera obstinada, dado que aparece en más del 90% de las personas en alguna de las tres fases y con una frecuencia de siempre en más del 70% de ellas. Tal disposición les induce a luchar pese al desaliento y las dificultades, y pese a que otros crean que es imposible lograrlo, llegando incluso al autosacrificio a costa de su salud y descanso.

Otras características predominantes que sobresalen porque estuvieron presentes en alguna fase en más del 90% de la muestra, son:

- La inhibición para expresar sentimientos como la angustia, el tormento o el malestar, y el enmascararlos con alegría o bienestar y cortesía para evitar conflictos y mantener la paz y armonía a su alrededor, o evitar que otros conozcan su verdadero estado. esta condición que los llevó en algunas circunstancias a comportamientos sumisos o de temor para defender sus derechos.
- La autosuficiencia mental, acompañada por una fuerte necesidad de independencia, que les dificulta expresar simpatía hacia las demás personas o acudir en su ayuda cuando tienen problemas,

conduciéndolos a abstraerse del medio y a resguardarse en su propio mundo.

- La impaciencia e irritabilidad ante la lentitud de otras personas. Esta disposición les lleva a preferir hacer sus cosas solos, a sobrecargarse de trabajo y a permanecer solos.

Esas doce características permitieron identificar la propensión de estas personas al autodomínio y a una alta exigencia consigo mismas y con el mundo que les rodeaba, generada por: 1) el ánimo de ser ejemplo para los demás, para lo cual seguían un comportamiento rígido, normativo, con autorrepresión de sus sentimientos, emociones y necesidades; 2) la sensación o idea de ser infalibles, que les conducía a la disposición impositiva y dominante; 3) la propensión a niveles extremos de responsabilidad, rigidez y normatividad, que hacía que todo su ánimo se centrara en el deber y en la lucha obstinada por obtener objetivos que podían ir más allá de sus posibilidades o capacidades; 4) la inclinación a valorar el ritmo y la capacidad de las demás personas y de sí mismas como inapropiado, lento e inoportuno, ante lo que responden con sensación de irritabilidad, impaciencia, crítica, desesperación y la preferencia por hacer las cosas solos; 5) la vergüenza y necesidad, muchas veces inconsciente, por liberarse de suciedad e infecciones.

### ***Características emocionales correlacionadas con los aspectos afectivos que definen la muestra***

Las características que se correlacionaron de manera significativa y en forma directa con las que definen afectivamente la muestra fueron la culpa y el autorre-



proche, el sentimiento de inferioridad y extrema modestia (tabla 2). Fue notable la carencia de alegría y de felicidad en su vida, manifiesta por la presencia de situaciones de desolación y angustia extrema, la desesperanza, la infelicidad por pérdidas afectivas o materiales o de causa desconocida, y sentir la vida como un duro trabajo carente de placer.

Se puede identificar que detrás de un aparente gran sentido de responsabilidad, seguridad y dominio se encuentra una persona con temores, con sentimientos de inferioridad y de autorreproche, y la vivencia de altos niveles de ansiedad e infelicidad. La intensidad con que experimentaron el diario vivir carente de placer, presentó correlación estadística positiva ( $p \leq 0,01$ ) con características que permiten identificar dificultades en la autoestima, como la falta de confianza en su propio juicio, vergüenza y sensación de impureza, y otras no incluidas en la tabla 2 como el sentimiento de inferioridad, desaliento por duda de sí mismos. A su vez, estas cuatro características se correlacionaron directamente con el grado de depresión profunda ( $p \leq 0,05$ ) expresada por los participantes.

### ***Correlaciones entre las características socio-demográficas y la intensidad de las características emocionales***

La significancia estadística de la distribución de las frecuencias obtenidas al cruzar la intensidad de las características emocionales con las variables personales de sexo, edad, estado civil y ocupación laboral, se analizaron con el Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), y la magnitud y dirección de la corre-

lación entre ellas con la correlación de Spearman ( $r_s$ ). Ocho manifestaciones afectivas se correlacionaron estadísticamente con alguna de las características socio-demográficas (tabla 3). La inseguridad en su propia capacidad con temor al fracaso, y la introversión con marcada necesidad de independencia, presentaron una correlación estadísticamente significativa con la edad. Ambas características mostraron proporciones mayores con intensidad fuerte y muy fuerte en el grupo entre 56 y 67 años, y débil en el grupo de 44 a 55 años. La intensidad del sentimiento de ira, desconfianza y susceptibilidad a los desaires, mostró una correlación inversa con la edad, siendo significativa para una  $p \leq 0,05$ .

Con el estado civil solamente la inhibición para expresar los sentimientos con tendencia a enmascararlos mostró una diferencia significativa. Esta característica presentó, para el grupo de solteros, porcentajes más altos en la intensidad (muy fuerte), los que fueron disminuyendo paulatinamente entre las personas casadas, las viudas y, finalmente, los separados.

La intensidad de la necesidad de comunicación y de hacerse valer difiere según el género, ésta presenta intensidad fuerte y muy fuerte en las mujeres; mientras que el miedo a perder el control y la irreflexión tienen una mayor proporción con intensidad fuerte en los hombres.

Entre los distintos tipos de ocupación se encuentran diferencias significativas con las características emocionales de inhibición para expresar los sentimientos, dificultad para definir qué ocupación seguir, y con la desolación, la angustia extrema y la depresión por duda de sí mismo. Estas se presentaron con intensidad débil en cargos administrativo-directivo, mientras que

*La inseguridad en su propia capacidad con temor al fracaso, y la introversión con marcada necesidad de independencia, presentaron una correlación estadísticamente significativa con la edad.*

**Tabla 2.** Características afectivas y emocionales correlacionadas con más del 50% de las características que las definen e identifican

Otras características correlacionadas	CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN E IDENTIFICAN										
	Sensación de ser Infalible, dominante	Miedo a la desgracia de lo demás	Auto-represión y rigidez moral	Impaciencia, prefiere hacer todo solo	Forzamiento obstinado al deber	Vergüenza, necesidad de limpieza	Deseo convertir a sus convicciones	Introversión y autosuficiencia	Inhibición para expresar sentimientos	Sometimiento y sumisión exagerada	Correlaciones significativas
Autorreproche, sentimiento de culpa (31)	.27*	.33**	.39**		.38**	.37**	.25*	.32*		.36**	8
Sentimiento de inferioridad y extrema modestia			.40**	.28*	.26*	.34**		.40**	.39**	.42**	7
Desolación y angustia extrema		.26*	.49**	.29*	.29*	.45**			.33**	.40**	7
Nostalgia, absorbido en el pasado	.32*	.51**		.43**	.32*	.26*	.38**		.39**		7
+ Posesividad y manipulación afectiva	.37**	.25*	.33**		.33**			.47**	.39**		6
Soñadores, vivir más en el futuro		.29*				.40**	.44**	.39**	.27*	.32**	6
Depresión profunda de causa desconocida		.26*	.41**	.27*	.25*	.53**				.38**	6
Desesperanza y falta de fe	.35**	.30*		.26*	.26*			.32*	.40**		6
Infelicidad, secuelas debidas a duelo	.25*	.28*	.33**						.39**	.58**	5
Sentimiento de no tener fuerzas Carente de placer		.31*	.35**	.36**	.30*	.57**					5
Autorrepresión y rigidez moral	.32*			.44**	.31*	.45**				.33**	5
Número de correlaciones significativas	6	9	7	7	9	8	3	5	7	7	

\*\* p ≤ 0,01 \* p ≤ 0,05

en amas de casa y operativos se presentan con intensidad fuerte o muy fuerte.

## Discusión

Se manifestó un patrón afectivo y emocional en el grupo estudiado con 12 características predominantes y 10 características que definen afectivamente la muestra. El patrón permitió identificar la propensión

o inclinación de estas personas a un alto dominio y exigencia consigo mismas y con el mundo que les rodeaba; entre otros, por el ánimo de ser ejemplo para los demás, la sensación de infalibilidad y la propensión a extrema rigidez y responsabilidad, impaciencia e irritabilidad. Como consecuencia de lo anterior, les acompañan la dificultad e inhibición para manifestar el afecto, sus deseos y emociones, situación que estuvo

condicionada por alta susceptibilidad a la opinión de otros, la sumisión y el miedo, y preocupación por otros y por su soledad.

La muestra tenía, acorde con el inventario de hostilidad de Buss-Duikie (BDHI), manifestaciones de hostilidad como la impaciencia e irritabilidad, y crítica exagerada o intolerancia. El complejo ira-hostilidad engloba un componente cognitivo que

**Tabla 3.** Correlaciones significativas entre las características emocionales y socio-demográficas,  $\chi^2$  y  $r_s$ 

Características socio-demográficas	Características emocionales							
	Ira, desconfianza, susceptibilidad a desaires	Inseguridad, temor al fracaso	Introversión, necesidad de independencia	Inhibición, enmascara sentimientos	Necesidad de comunicación y hacerse valer	Miedo a perder el control, irreflexión a seguir	Dificultad para definir ocupación	Soñadores, vivir más en el futuro
Edad	$r_s = -.25^*$ gl. 4	$\chi^2 = 14.3^{**}$ gl. 4	$\chi^2 = 9.2^*$					
Estado Civil				$\chi^2 = 12.8^*$ gl. 6				
Sexo					$r_s = .31^{**}$	$r_s = .25^*$		
Ocupación				$\chi^2 = 15.8^*$ gl. 8			$\chi^2 = 15.9^*$ gl. 8	$\chi^2 = 16.2^*$ gl. 8

\*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$ 

consiste en las creencias negativas sobre la naturaleza humana y que las conductas desagradables se dirigen de manera intencionada hacia uno (2). Se cita además que una de sus manifestaciones es la ausencia de reconocimiento o el no tener en cuenta al otro objeto de su acción (8, 27).

Se podría decir que en la muestra existen manifestaciones hostiles consigo mismos y con el entorno, por la autorrepresión de sus necesidades, y por el comportamiento normativo y obstinado por el deber hasta llegar a estados de agotamiento extremo. Con respecto al entorno, se observa una inclinación a evaluar la conducta de otros como inapropiada, una actitud impositiva e irritable, así el móvil sea el deseo de cuidar de otros o la preocupación por el bienestar de los demás. El resentimiento manifestado por algunos es una forma de agresividad más ideativa (28, 29).

Serrano y Moreno (27) ven —a partir de la exigencia de una sociedad competitiva— la agresividad dirigida hacia uno mismo y hacia el entorno, entre otros motivos, como una causa del aislamiento y el incremento de situaciones frustrantes. Aunque en este estudio no se midió en forma direc-

ta la frustración, ésta se pudo identificar a través de la evaluación de la nostalgia y el autorreproche porque no se sentían realizados en la vida, especialmente en el orden económico, de capacitación y laboral. La confrontación con esa realidad se manifestó como motivo de frustración, conflicto interno y estrés. En ese sentido, y desde la inhibición para expresar sus sentimientos y emociones, y el sometimiento a normas sociales o deseo de otros, es comprensible la dificultad para autorrealizarse.

La autoexpresión de los derechos es una de las dimensiones de asertividad más frecuentemente reportadas. Las personas con baja asertividad se preocupan más por lo que otros piensan de ellas o el insulto de otros; por ese motivo rechazan el desafío, lo que les impide ser dueñas de sus emociones, les dificulta recibir y aceptar la simpatía de quienes les rodean, y ser amables si así lo desean (14).

El predominio de la “sobrepotección y excesiva preocupación por el bien de los otros” demuestra la necesidad de convertirse en modelo de los demás e influir en ellos para inducirles su estilo y visión de la vida idealizada. Para lograrlo, se

someten a una forzada autodisciplina, y quitan la flexibilidad frente a su realidad y la realidad que les rodea, reprimen sus sentimientos y desconocen el límite de sus capacidades.

Según Blome (26), las personas con autorrepresión y rigidez intentan dominar la realidad con un estricto blanco y negro, puesto que sus sentimientos las debilitan y las ponen en conflicto con su necesidad de unas condiciones de vida claras y reguladas. Es común que la autorrepresión suceda bajo la influencia de padres que estimulan de modo unilateral la voluntad de rendimiento y la responsabilidad de su hijo, quien se convierte en obsesionado por el éxito, insensible a sus propios límites. Se encuentran así ante un adulto bajo estrés ininterrumpido causado por ellos mismos, que es tanto peor por cuanto que no brindan ninguna posibilidad al cuerpo de regenerarse.

El ansia por cumplir con ideales, y la dificultad para reconocer la diversidad del mundo exterior, los lleva a encerrarse en su propio mundo, como lo demostró la correlación directa ( $p \leq 0,05$ ) entre el forzamiento obstinado al deber y la introversión con fuerte necesidad de inde-

*Un pobre autoconcepto, tal como parecer o creerse "incapaz, incompetente, indigno, inseguro", o el ser susceptible de avergonzarse, como se encontró en la actual muestra, señala una reducida posibilidad para participar en las relaciones sociales con tendencia a actuar de forma sumisa o inhibida socialmente.*

pendencia. La preferencia por hacer las cosas sólo debido a la impaciencia, se correlacionó en forma directa ( $p \leq 0,05$ ) con la sensación de ser infalible y dominante. La existencia de tales condiciones simultáneamente, propicia así el aislamiento y la soledad.

Gilbert y Allen (14) indican que la sumisión generalmente involucra el incremento de la tensión por miedo a la confrontación, relacionada con "no quererse a sí mismo o rechazarse"; e inhibición en situaciones de desafío o conflicto de intereses, en donde escogen ceder o inhibir su proyección. En esa misma dirección, Bach (25) observó que las personas que se inhibían para expresar sus sentimientos y emociones se convertían en excelentes actrices para ocultar sus debilidades, se tornaban hipersensibles o expresaban autosuficiencia y podían percibir lo desagradable como extremadamente doloroso, lo cual las llevaba a huir de las situaciones, y las conducía a mayor estrés. Un pobre autoconcepto, tal como parecer o creerse "incapaz, incompetente, indigno, inseguro", o el ser susceptible de avergonzarse, como se encontró en la actual muestra, señala una reducida posibilidad para participar en las relaciones sociales con tendencia a actuar de forma sumisa o inhibida socialmente. La inhibición crece en la medida que se tenga temor a producir esos efectos (30, 31), o a que su autoestima sea lastimada con pérdida de estatus y vergüenza. La inhibición o aparentar otra emoción se ha correlacionado con depresión, miedo, agresividad, sentimientos de soledad u otras emociones (26), y con altos niveles de estrés (28). Ello concuerda con la correlación directa significativa ( $p \leq 0,01$ ) entre la intensidad de la inhibición, y los sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad encontrados

en el estudio (tabla 2), y correlaciones altamente significativas con sentimientos de inferioridad y extrema modestia. El no trabajar para lograr sus propios objetivos, y el no expresar sus reales sentimientos, se vio también correlacionado estadísticamente con resentimiento, enfado, autorreproche, temor, angustia extrema e infelicidad, sugiriendo la vivencia de altos niveles de estrés.

Estos resultados indican que el código psicoafectivo hace que los estímulos de la vida sean estresantes para estas personas, al activar emociones negativas y conductas de alta demanda personal, y que, como señalan Lazarus y Folkman (21), las emociones como los estados afectivos y sentimientos tienen un papel relevante en el estrés y en el afrontamiento de las situaciones.

Respecto a la manifestación simultánea de sumisión e inhibición, junto con alta exigencia con otros, intolerancia e infalibilidad, Blome (26) refiere que los niños con educadores egocéntricos y caprichosos apenas si se atreven a expresar sus deseos; para sobrevivir deben aprender a ceder siempre a las exigencias de otros. Al no poder desarrollar su personalidad, llegan a la edad adulta con una doble naturaleza: dominantes con las personas de menor rango y sumisos con la autoridad. Al respecto, Erikson refiere que durante el proceso de desarrollo de la voluntad, el demasiado control o la imposición de los adultos puede llevarlo a inhibición y pérdida de la autoestima. En esa dirección, experiencias clínicas (24) encuentran que detrás de una personalidad dominante, que da la sensación de ser infalible, se encuentra una persona insegura y temerosa; mientras que las personas con rigidez moral y autorreproche, esconden una persona culpable y con autorreproche.

## Conclusión

En el actual estudio, estas dos características —dominante-infalible y autorrepresión-rigidez moral— se correlacionaron significativamente en forma directa con el sentimiento de culpa. La autorrepresión se correlacionó con sentimientos de inferioridad, miedo a perder el control, temor a la vida, timidez y sentimientos de incapacidad ocasional, haciéndose manifiesto un conflicto entre lo que les dicta su yo interno y lo que manifiesta externamente la persona.

Los resultados de este estudio conducen a pensar que las personas valoradas vivían una situación similar a la descrita por Bach; es decir, que su falta de autoafirmación y la inhibición para expresar sus sentimientos reales enmascaraban un dolor y sufrimiento interno a través de manifestaciones afectivas o emocionales como las que identifican afectivamente la muestra en el actual estudio.

Se encontró un grupo de personas que proyectan una necesidad de reconocimiento externo, muy seguramente para llenar su vacío afectivo, en quienes su estado anímico está dirigido hacia el exterior —incluso, la búsqueda de cariño y amor de las personas que les rodean—, con falta de autoafirmación y expresión de sus necesidades reales, las que desplazan y ocultan utilizando mecanismos protectores psíquicos como la norma, el rito, la

rigidez, la autorrepresión y el autodomio. Ello refleja un desequilibrio profundo originado en antecedentes de conflictividad, la pérdida del equilibrio entre su propio cuidado y crecimiento interior, con el cuidado o interés por y hacia el entorno y la razón. Siendo esto último, como se mencionó, lo que más pesa en ellos y en su experiencia de estrés continuo.

Resultados importantes apoyan la presunción de que condiciones psicológicas estresantes activan la corteza del lóbulo frontal y generan respuestas fisiológicas negativas y serios problemas cardíacos como el infarto (16); adicionalmente, esta zona tiene sus límites, y un control excesivo o autocontrol de las emociones o represión de las mismas, conduce a falta de motivación, apatía y depresión (30), lo que podría repercutir en el autocuidado del enfermo. En consecuencia, las anteriores condiciones pueden relacionarse con la salud cardiovascular y el curso de la enfermedad coronaria de estas personas, haciendo necesario e importante contemplar el abordaje de las mismas en los programas de prevención y rehabilitación cardíaca.

**Limitaciones del estudio.** Es de notar que los resultados descritos se obtuvieron con un instrumento que se encuentra en fase de desarrollo; este es un primer estudio que aporta elementos de las personas desde las dimensiones emocional y afectiva, con un hallazgo consistente en

la muestra de un grupo de características comunes que permite definir e identificar afectiva y emocionalmente a estas personas con EAC. Es necesario continuar su validación con otros grupos de pacientes de diferentes diagnósticos y o características socio-demográficas comunes.

**Recomendación.** Para Lazarus y Lazarus (31) cuando las emociones son el resultado de valoraciones y procesos de afrontamiento inadecuados, se convierten en disfuncionales y por ello deben ser corregidas. Para cambiar las emociones y el afrontamiento de estas situaciones se necesita conocer más acerca de sus creencias sobre la vida, el mundo, sobre sí mismo, y de los principios que rigen sus conductas y sus emociones frente a los hechos.

En consecuencia, con base en los resultados actuales y en otras investigaciones, se recomienda en los programas de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de rehabilitación cardíaca, reconocer e identificar las condiciones afectivas en las personas desde etapas tempranas de la vida, así como los aspectos asociados a ellas.

El cuidado de enfermería cobra relevancia desde la valoración de las personas en sus diferentes dimensiones para orientar los planes de cuidado en la promoción de la salud, la prevención y la rehabilitación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital; 2005 [Acceso 7 de octubre de 2005]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf).
2. Barefoot JC. Developments in the measurement of hostility. *Psychosom Med* 1991; 51: 46-57.
3. OMS. La Salud al ritmo del Corazón. Conferencia con motivo del Día Mundial de la Salud. OMS, CH 1112. Ginebra 27, Suiza; 1994.
4. Haynes SG, Levine S, Scotch N, Feinleib M, Kannel EB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. Methods and risk factors. *Am J Epidemiol* 1978; 107: 362-383.
5. Decker L. The emotional side of heart disease. En: *Better Health for Life. Lehigh Valley Health Network. Healthy You Magazine, July-August 1999*. [Acceso: 14 de octubre de 2000]. Disponible en: <http://www.emotsidheatddis.com>
6. Braunwald E. Tratado de cardiología. 3 ed. Tomo II. México: McGraw Hill-Interamericana; 1991. pp. 1245, 2045.
7. Braunwald E. Heart Disease. 4 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1992. p. 1153.
8. Braunwald E, Cohn PF. Tratado de Cardiología. 5 ed. Vol. II. México DF: McGraw Hill-Interamericana; 1999. p. 1256.
9. Lijing L, Kiang L, Karen A, Martha L, Freeman F, Catarina I. Psychosocial factors and risk of hypertension: The coronary artery risk development in young adults. *JAMA* 2003; 290: 2138-2148.
10. Williams RB. Blood Pressure Reactivity to Psychological Stress: A New Risk Factor for Coronary Disease? *Hypertension* 2006; 47: 329-330.
11. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C et ál. Depression as a risk factor for coronary artery disease: Evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004; 66: 305-315.
12. Sandin FB. Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2002; 7 (1): 1-18.
13. Trigo M, Silva D, Rocha E. Tipe A behavior and negative emotions as risk factors in coronary artery disease. A case-control study. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica* 2002; 13 (1): 123-14.
14. Gilbert P, Allan S. Assertiveness, submissive behavior and social comparison. *Br J Clin Psychol* 1994; 33: 295-306.
15. Albert CM, Chae CU, Rexrode KM. Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death among Women. *Circulation* 2005; 111 (4): 480-487.
16. Gianaros PJ, Derbyshire SW, May JC, Siegle GJ, Gamalo MA, Jennings JR. Anterior cingulate activity correlates with blood pressure during stress. *Psychophysiology* 2005; 42: 627-635. [Acceso: octubre de 2007]. Disponible en: <http://pmbcii.psy.cmu.edu/gianaros/GianarosPsychophysiology2005.pdf>
17. Watson, J. *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing; 1988.
18. Leininger M. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League Press; 1991.
19. Lazarus R. *Estrés y emoción*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer; 2000.
20. Serrano E. *Violencia y cultura urbana*. *Revista de Antropología* 1991; VI (10): 50-55.
21. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
22. Chmura K, Thiemann Sue. *How Many Subjects?* London: SAGE Publications; 1987.
23. Bach E. *Los remedios florales; escritos y conferencias*. Traducción Elena Meliveo y Edgar Knerr. Madrid: Editorial EDAF; 1999.
24. Blome G. *El nuevo manual de la curación por las flores de Bach*. Título original: *Das Neue Bach-Blüten-Buch*. Barcelona: Ediciones Robin Book; 1995.
25. Pastorino ML. *La medicina floral de Edward Bach*. Barcelona: Ediciones Urano; 1989.
26. Blome G. *La curación por las flores de Bach*. Título original: *Mit Blumen Heilen*. Traducido por Tola J. Barcelona: Editorial Robin Book; 1994.

27. Serrano E, Moreno E. Agresividad y enfermedad cardiovascular, evaluación y abordaje terapéutico. Alcmeón - Revista Argentina Clínica Neuropsiquiátrica 1998; IX, 7 (1).
28. Schwartz RM, Gottman JM. Toward a task analysis of assertive behavior. J Consul Clin Psychol 1976; 44: 910-920.
29. Gilbert P. Depression: The Evolution of Powerlessness. Erlbaum/New York: Guilford; 1992.
30. Inzlicht M, Gutsell JN. Running on empty neural signals for self-control failure. Psychol Sci 2007; 18 (11): 933-37. [Acceso: diciembre de 2008]. Disponible en: <http://home.psych.utoronto.ca/Assets/News/Inzlicht.pdf>
31. Lazarus R, Lazarus B. Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Paidós; 2000.