

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

TITULO DE INVESTIGACIÓN:

Estrategias de Afrontamiento en pacientes que han sufrido episodios
isquémicos agudos cardiovasculares.



Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito

curricular conforme O.C.S. 143/89

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-pg B	Post
	N° INVENTARIO:
	1490

Apellido y Nombre del Supervisor: Urquijo, Sebastián.

Catedra de radicación: Psicología Cognitiva – Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional.

Apellido y Nombre Alumnos: Blanco Moyano M. Cecilia Mat 4725/99

Marconi, M. Lucia Mat 4809/99

Fecha de presentación: 20-09-2006

"Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Bianco Moyano, María Cecilia y Marconi María Lucía de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores"

Lu Blanco

Blanco Moyano, M. Cecilia

Mat. 4725/99

Marconi

Marconi, Ma. Lucía

Mat 4809/99

1. "El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final Ha sido elaborado por los alumnos Blanco Moyano, María Cecilia y Marconi María Lucía, matrículas nº 4725/99 y 4809/99 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ...días del mes de septiembre del año 2006"

2. Firma, aclaración y sello del supervisor



S. Valquiria

Informe de evaluación del supervisor

Las estudiantes Blanco Moyano, María Cecilia y Marconi, María Lucía han cumplido satisfactoriamente con lo propuesto en el Plan de Trabajo. Durante el desarrollo de este trabajo han demostrado una rigurosa dedicación al estudio, un nivel de autoexigencia muy alto y un fuerte compromiso con las actividades emprendidas. Además de su profundo interés y su constante preocupación por los factores y procesos psicológicos que se relacionan al sufrimiento de episodios isquémicos cardiovasculares, ambas se destacan por poseer una capacidad especial para aprender y asimilar. Su trabajo reviste especial importancia, ya que analiza detalladamente las diferencias en los tipos de estrategias de afrontamiento de la población general y de una muestra clínica de pacientes cardíacos y sus resultados tendrán impacto sobre la creación de instrumentos orientados a la detección y el diagnóstico de pacientes con estas características y como insumos para la elaboración de intervenciones psico-educativas orientadas a la prevención secundaria.



Dr. Sebastián Urquijo

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Blanco Moyano, María Cecilia y Marconi, María Lucia matrículas nº 4725/99 y 4809/99.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación:

SE ADJUNTA PLAN DE TRABAJO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACION

“estrategias de afrontamiento en individuos que padecen trastornos
cardiovasculares”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDOS ALUMNOS:

Blanco Moyano María Cecilia Mat. 4725/99

Marconi María Lucía Mat. 4809/99

Aprobado el observación

J. Leisfer

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Psicología Cognitiva – Grupo de investigación en Psicología Cognitiva y Educativa.

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: SÍ.

“Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención”.

TITULO DEL PROYECTO: *estrategias de afrontamiento en pacientes que han sufrido episodios isquémicos agudos cardiovasculares*

Descripción resumida

Diversos estudios se han ocupado de analizar las estrategias de afrontamiento relacionadas con la incidencia de las enfermedades isquémicas cardiovasculares. Las estrategias de afrontamiento son los *procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.*

En el presente trabajo se intentará determinar la existencia de relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

La población utilizada en el siguiente trabajo forma parte de un proyecto mayor, denominado “Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención”, dirigido por el Dr. Urquijo.

Para clasificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes se aplicó la adaptación española del cuestionario COPE en su versión abreviada.

Los datos recolectados serán sometidos a análisis estadísticos para determinar la existencia de correlaciones entre las variables consignadas y diferencias entre el grupo de cardíacos del grupo control.

PALABRAS CLAVE: Estrategias de afrontamiento - Episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

Descripción detallada

Antecedentes

Desde los modelos cognitivos ^{sobre} de la emoción no son las situaciones en si mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones. Desde el modelo de Lazarus la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento (coping) siendo este un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo.

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que la utilización de estrategias de afrontamiento activas, es decir, aquellas que están orientadas o dirigidas a solucionar con todas sus fuerzas el problema, están asociadas a un mejor bienestar físico (Viñas, Caparrós y Massegú, 1999). Incluso, en aquellas personas que padecen una enfermedad grave, el reconocer su existencia y afrontarla activamente disminuye la ansiedad causada por la

*incomplete
reference*

*reference
incomplete*

tensión que genera la enfermedad, proporciona una mayor calidad de vida, y puede estar asociado a una mayor esperanza de vida (Fawzy et al. 1993). Por el contrario, las estrategias centradas en las emociones o el escape parecen estar asociados a un mayor malestar físico (Scheier y Carver, 1993, Unger et al. 1998).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto consideramos de suma importancia investigar la existencia de relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la ocurrencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

HIPÓTESIS: Los sujetos que han sufrido episodios isquémicos agudos, tienden a presentar una frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, menor a la que se observa en la población normal.

OBJETIVO: Explorar el grado en que las estrategias de afrontamiento se relacionan a la ocurrencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

pero que puede haber un modo de formular el objetivo más adecuadamente

METODOLOGÍA

Participantes: La población utilizada en la presente investigación pertenece a un proyecto mayor realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata, denominado "Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención psicológica", dirigido por el Dr. Urquijo. La muestra está conformada por sujetos de la ciudad de Mar del Plata internados a causa de accidentes isquémicos agudos cardiovasculares en unidades coronarias del Hospital General de Agudos y algunas clínicas privadas de la ciudad y por un grupo control. Dicha muestra fue dividida por sexo y en grupos etáreos. La media de edad de la muestra fue 55,95 años: 55,92 años para los pacientes de sexo masculino y 56,03 años para los de sexo femenino.

Instrumentos: Para determinar las diversas estrategias de afrontamiento se utilizó el cuestionario COPE

Muestra:
— completar información fuente de los datos.
No dan información sobre muestra control.
No informan sobre el N de las muestras

Los análisis estadísticos dependerán de los datos que dispongan.

Análisis de datos: Los datos obtenidos serán sometidos a análisis estadísticos. Se utilizará un análisis de correlación con el fin de determinar los niveles de asociación entre las estrategias de afrontamiento y los episodios isquémicos agudos cardiovasculares. Adicionalmente se utilizará la prueba t para la comparación de muestras independientes, con el objetivo de establecer diferencias significativas según género.

(definir si usan "género" o "sexo")
ver participantes

Cronograma

Actividad	Mes	Mayo	Junio	Julio
1. Búsqueda bibliográfica				
2. Elaboración del marco teórico				
3. Organización de resultados				
4. Análisis				
5. Reporte de resultados				
6. Redacción Informe Final				

Bibliografía básica de referencia

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

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

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

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

Giles, M.; Llul, D.; Richard's, M. (2001). Estrategias de afrontamiento situaciones estresoras en pacientes internados por enfermedades cardiovasculares: resultados preliminares. Estrés y Salud. 1° Publicación resúmenes trabajos de investigación

presentados en Bs. As. En el marco del 1° Congreso Argentino de Medicina del estrés. (pp.4 -6).

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

[www://reme.uji.ef/articulos/agarce4960806100/texto.html](http://reme.uji.ef/articulos/agarce4960806100/texto.html)

www.psiquiatria.com/psicología/vol4num1/art_5.htm

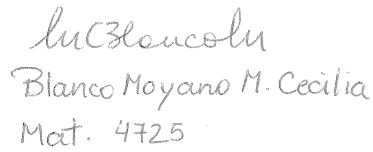


Firma del Supervisor
S. VALGUESO

P/ Área de Investigación

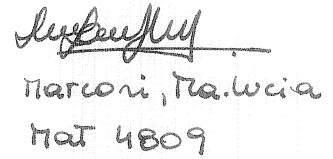
Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer)

Fecha:



Blanco Moyano M. Cecilia
Mat. 4725

Firma del / los alumno/s



Marconi, Natalia
Mat 4809

CORRECCIONES DEL PLAN DE TRABAJO

Descripción resumida

Diversos estudios se han ocupado de analizar las estrategias de afrontamiento relacionadas con la incidencia de las enfermedades isquémicas cardiovasculares. Las estrategias de afrontamiento son “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”.

En el presente trabajo se intentará determinar la existencia de relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

La población utilizada en el siguiente trabajo forma parte de un proyecto mayor, denominado “Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención”, dirigido por el Dr. Urquijo.

Para clasificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes se aplicó la adaptación española del cuestionario COPE en su versión abreviada.

Los datos recolectados serán sometidos a análisis estadísticos para determinar la existencia de correlaciones entre las variables consignadas y diferencias entre el grupo de cardíacos y el grupo de control.

Antecedentes

Desde los modelos cognitivos sobre la emoción no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones. Desde el modelo interaccional de Lazarus (1991) la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento (coping) Siendo este un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo”

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las

inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo.

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que la utilización de estrategias de afrontamiento activas, es decir, aquellas que están orientadas o dirigidas a solucionar con todas sus fuerzas el problema, están asociadas a un mejor bienestar físico (Viñas, Caparros y Masegú, 1999). Incluso, en aquellas personas que padecen una enfermedad grave, el reconocer su existencia y afrontarla activamente disminuye la ansiedad causada por la tensión que genera la enfermedad, proporciona una mayor calidad de vida, y puede estar asociada a una mayor esperanza de vida (Fawzy, 1993). Por el contrario, las estrategias centradas en las emociones o el escape parecen estar asociadas a un mayor malestar físico (Scheier y Carver, 1993, Unger, 1998).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto consideramos de suma importancia investigar la existencia de relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la ocurrencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

Objetivo:

Explorar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la ocurrencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

Método:

Los sujetos que pertenecen al grupo de pacientes con trastornos cardiovasculares así como también el grupo de control fueron evaluados mediante cuestionarios que incluían los diferentes instrumentos de evaluación. Los mismos debían leerlos y marcar la respuesta que coincidía con sí mismo. En el caso que hubiera algún tipo de dificultad en la lectura o comprensión de los reactivos de los instrumentos fueron leídos.

Análisis estadísticos:

Los datos obtenidos serán sometidos a análisis estadísticos. Se utilizará un análisis de correlación con el fin de determinar los niveles de asociación entre las estrategias de afrontamiento y los episodios isquémicos agudos cardiovasculares. Adicionalmente se utilizará la prueba t para la comparación de muestras independientes, con el objetivo de establecer diferencias significativas.

INDICE GENERAL

Presentación	I
Uso del Trabajo de Investigación	II
Página de aprobación del supervisor	III
Página con el informe de Evaluación del supervisor	IV
Página de presentación ante la Comisión Asesora	V
Plan de Trabajo	VI
Introducción	Pag. 1 - 2
Marco Teórico	Pag. 3 a 44
Metodología	Pag. 45 - 46
Resultados	Pag. 47 a 56
Discusión de los resultados y conclusiones	Pag. 57 a 62
Consideraciones Finales	Pag. 63 - 64
Referencias Bibliográficas	Pag. 65 a 68

INTRODUCCION

Desde hace más de dos mil años los hombres piensan que las emociones están relacionadas con el corazón.

Más allá de estos antecedentes históricos, en la actualidad la asociación entre las emociones y el corazón está firmemente establecida por la ciencia.

Ya desde los primeros años del siglo XX se sabe que las enfermedades cardiovasculares se vinculan con distintos aspectos psicológicos. Así, la propensión psicológica suele considerarse como uno de los factores de riesgo más relacionados con la aparición de trastornos isquémicos cardiovasculares (TIC) (Marusic, 2000). Los mecanismos por los cuales los factores de riesgo psicológico influyen sobre el sistema cardiovascular, sin embargo, aún no están tan claros como en el caso de los factores biológicos. Factores tales como rasgos de personalidad, ciertas características conductuales, y estrategias de afrontamiento al estrés, entre otros, han sido reconocidos por su relación con la aparición de los TIC. Al parecer, los mecanismos biológicos podrían ser mediados por influencias psicológicas para determinar la enfermedad coronaria (Marusic, 2000).

Diversos estudios demuestran que los factores psicosociales que contribuyen significativamente en la patogénesis y en la expresión de los TIC son: (a) depresión, (b) ansiedad, (c) personalidad y rasgos de carácter, (d) aislamiento social y (e) estrés crónico (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999). Estos factores, presentan una influencia tanto en el surgimiento de la patología como en su curso. Por ejemplo, los estudios de seguimiento de

sujetos que han sufrido un infarto de miocardio, indican un pronunciado deterioro físico, psicológico y social, tras abandonar el hospital, que parece relacionarse con la reacción psicológica provocada por el mismo hecho de sufrir un infarto, más que con el grado de deterioro del sistema cardiovascular (Bueno y Buceta, 1999) Es decir que existiría una estrecha relación entre la frecuencia en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento y la aparición y evolución de este trastorno.

Las Estrategias de Afrontamiento son "un factor que puede ayudar a los individuos a mantener la adaptación psicosocial durante periodos estresantes . . . engloba esfuerzos cognitivos y conductuales para reducir o eliminar condiciones estresantes asociadas con angustia emocional" (Holahan, C, Moos, R, Shaefer, y en Zeiner, y Endler, N, 1996) Si consideramos que las percepciones de incertidumbre y pérdida que se desarrollan como consecuencia de la aparición súbita de una enfermedad grave como la cardiopatía isquémica, generan en el paciente altos niveles de ansiedad y amenaza comprendemos la importancia que adquiere la utilización de estrategias de afrontamiento activas para paliar la situación.

El tema adquiere importancia mayúscula si se considera que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país siendo el infarto agudo de miocardio una de sus formas más agresivas (Hirschon y otros, 1998).

En este trabajo nos centraremos en uno de los factores psicológicos relacionados con las enfermedades cardiovasculares: las estrategias de afrontamiento.

MARCO TEORICO

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La enfermedad cardíaca es cualquier trastorno que afecta la capacidad del corazón para funcionar normalmente y cuya causa más común es el estrechamiento u obstrucción de las arterias coronarias que suministran sangre al corazón mismo. Esto sucede lentamente a través de los años.

Algunas enfermedades del corazón pueden estar presentes en el nacimiento. (enfermedad cardíaca congénita).

Otras causas son, entre otras, las siguientes:

- Hipertensión
- Funcionamiento anormal de las válvulas cardíacas
- Ritmo eléctrico anormal del corazón
- Debilitamiento de la función de bombeo del corazón causado por infección o toxinas

Las diferentes formas de enfermedad cardíaca son:

- Cardiomiopatía alcohólica
- Regurgitación aórtica
- Estenosis aórtica
- Arritmias

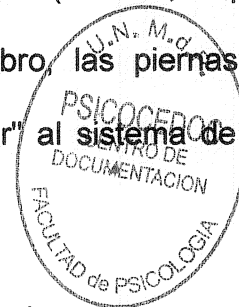
- Shock cardiógeno
- Enfermedad cardíaca congénita
- Enfermedad de las arterias coronarias (EAC)
- Cardiomiopatía dilatada
- Endocarditis
- Ataque cardíaco (infarto del miocardio)
- Insuficiencia cardíaca
- Tumor cardíaco
- Cardiomiopatía hipertrófica
- Cardiomiopatía idiopática
- Cardiomiopatía isquémica
- Regurgitación mitral aguda
- Regurgitación mitral crónica
- Estenosis mitral
- Prolapso de la válvula mitral
- Cardiomiopatía periparto
- Estenosis pulmonar
- Angina inestable

¿Qué son las enfermedades cardíacas y cardiovasculares?

Aunque con frecuencia se piensa que son el mismo padecimiento, las enfermedades cardíacas y cardiovasculares son distintas e involucran a diferentes partes del cuerpo.

La *enfermedad cardíaca* se refiere únicamente a las enfermedades del corazón y del sistema de vasos sanguíneos del corazón.

La *enfermedad cardiovascular* se refiere a las enfermedades del corazón y a las enfermedades del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo, tales como el cerebro, las piernas y los pulmones. "Cardio" se refiere al corazón y "vascular" al sistema de vasos sanguíneos.



El corazón es un músculo fuerte que actúa como bomba y es un poco más grande que el puño. Bombea sangre continuamente a través del *sistema circulatorio*, que es la red de tubos elásticos que permiten que la sangre fluya por todo el organismo. El sistema circulatorio comprende dos órganos principales, el corazón y los pulmones, así como los vasos sanguíneos (arterias, capilares y venas.) Las arterias y capilares transportan la sangre, rica en oxígeno y nutrientes, del corazón y los pulmones a todas las partes del cuerpo. Las venas regresan la sangre, reducida en oxígeno y nutrientes, al corazón y los pulmones. Los problemas del corazón y los vasos sanguíneos no suceden rápidamente. Con el tiempo, las arterias que llevan la sangre al corazón y al cerebro pueden obstruirse, debido a la acumulación

de células, grasa y *colesterol* (placa.) La disminución en el flujo de sangre al corazón debido a obstrucciones en las arterias ocasiona ataques cardiacos. La falta de flujo de sangre al cerebro ocasionada por un coágulo de sangre o una hemorragia en el cerebro debido a la rotura de los vasos sanguíneos es lo que ocasiona un derrame cerebral.

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

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

Bueno y Buceta (1991), afirman que para la adecuada recuperación de los sujetos infartados, además de la imprescindible necesidad de la intervención médica, será preciso, en la mayoría de los casos, la adecuada ayuda psicológica que permita el entrenamiento del paciente en las habilidades conductuales y cognitivas que faciliten la superación del impacto negativo provocado por la ocurrencia del infarto, así como la exitosa modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario y de modos de

funcionamiento laboral, familiar y social que permitan al paciente la reincorporación a sus actividades habituales en condiciones que garanticen su salud y bienestar personal, reduciendo, en la mayor medida posible, el riesgo de reinfarto.

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

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

En 1959 los cardiólogos Rosenman y Friedman, en un intento por determinar cuales eran las características personales de quienes habían

sido afectados por un infarto de miocardio, propusieron un conjunto de características de comportamiento que parecía describir la forma en la que estos pacientes se comportaban. A este conjunto de características lo denominaron "*patrón de conductas tipo A*". Estas se caracterizan por: (a) esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos; (b) elevada inclinación hacia la competitividad; (c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio; (d) constante implicación en múltiples y diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; (e) propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas; y (f) extraordinario nivel de alerta física y mental.

En los años setenta se realizaron múltiples estudios epidemiológicos, cuyos resultados llevaron a la aceptación del patrón de conducta tipo A, como factor de riesgo coronario (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981). Sin embargo esta idea ha sido cuestionada fundamentalmente debido a la confusión conceptual creada en torno a la propia definición y medida del patrón de conductas tipo A. Otras investigaciones afirman que la personalidad tipo B, caracterizada por negativismo, inseguridad, angustia, inhibición social y falta de agresividad, es también un factor de riesgo coronario. Abadal (1999), afirma que las estadísticas vitales demuestran que la mortalidad coronaria aumenta con la edad de forma constante y continuada en ambos sexos.

Abadal (1999) considera que, los papeles sociales y familiares que desempeñan los varones y las mujeres, aunque se han nivelado en la

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

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

Los mecanismos posibles para explicar la mayor vulnerabilidad de los pacientes depresivos para las enfermedades cardiovasculares incluyen: la hiperactividad simpático-adrenal, la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, la inestabilidad ventricular y la isquemia miocárdica

frente al stress mental y las alteraciones plaquetarias (Musselman, Dwight, Nemeroff, 1998).

Diversos estudios sugieren que:

1. La depresión es un factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria.

2. La aparición de un episodio depresivo en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio aumenta el riesgo de mortalidad en los próximos seis meses.

3. Cuando el primer episodio depresivo en una persona aparece después de los 60 años y cuando existen factores de riesgos para una enfermedad vascular ese episodio depresivo puede tener origen vascular.

4. El infarto agudo de miocardio cuando se acompaña con síntomas depresivos supone un alto riesgo (58%) de muerte por arritmia. Esto implica que los síntomas depresivos empeoran la patología cardíaca.

5. Después de un by pass coronario aumenta la probabilidad de sufrir patología depresiva.

TRASTORNO CARDIOVASCULAR Y PATRON DE CONDUCTA TIPO "A"

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

ESTRÉS Y ENFERMEDAD CORONARIA

El estrés puede tener innumerables consecuencias en nuestro organismo, en nuestra salud en general y en nuestra conducta o respuesta en particular, tanto a nivel fisiológico, cognitivo o motor. A nivel fisiológico puede provocar los denominados trastornos psicofisiológicos, dentro de los cuales encontramos los Trastornos Cardiovasculares. El desarrollo de estos

dependerá en parte de las respuestas fisiológicas activadas, de los órganos implicados, así como de diversas variables.

Si la respuesta de estrés provoca una activación fisiológica de forma muy frecuente duradera o intensa, puede ocurrir que los órganos afectados se desgasten sin que les de tiempo a recuperarse de él y como consecuencia se produzca el agotamiento de recursos y la aparición de algún trastorno psicofisiológico

El estrés y los cambios de vida han sido ampliamente investigados mediante el cuestionario de Holmes y Rahe de Experiencias Recientes (1967). Diversos estudios muestran que la puntuación de este cuestionario en los pacientes con infarto agudo de miocardio y referido a los seis meses previos era doble o triple que en el grupo control. Esta asociación entre cambio de vida y presencia de enfermedad coronaria apoya los hallazgos de Rees y Lutkins (1967) que encontraron aumento de mortalidad en viudos, viudas y familiares próximos en el primer año tras el fallecimiento, así como los de Engel (1971) de pérdida de algún ser querido precediendo la muerte súbita por enfermedad coronaria, aunque algunos de estos estudios podrían no ser fiables por ser introspectivos. El estudio prospectivo de Theorell (1975) no mostró conexión entre cambio de vida e incidencia de infarto de miocardio.

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

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

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

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

Lazarus y Folkman (1984) describen el *afrontamiento o coping* como *“aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las respuestas del individuo”*. Se entiende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados.

Para estos autores existen dos tipos de estrategias de afrontamiento, la de resolución de problemas y la segunda llamada de regulación emocional. La primera estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema, por ejemplo diseñando un nuevo método de solución de problemas, buscando ayuda de un profesional que nos oriente. La estrategia de regulación emocional estaría centrada en la emoción, en reducir el estrés asociado a la

situación (Sánchez Cánovas, 1991). Lazarus y Folkman (1984) consideran que la gente empleará este segundo tipo de estrategia cuando experimente que el estresor es algo perdurable o inmodificable como la muerte de un ser querido. Ejemplos de este tipo de estrategias serían llorar, distraerse, dormir, beber.(Regulación afectiva, descarga emocional, confrontación hostil, búsqueda de soporte emocional).

El afrontamiento ha sido definido como:

“el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”. Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un *proceso* y no de un rasgo como sí lo entendía el modelo psicodinámico. Según éste, los rasgos hacen referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones. En cambio, en la teoría transaccional o interaccional se considera al afrontamiento como *proceso* por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia. (Lazarus, 1991, en Rice, P, 1998) Por lo tanto, lo que diferencia el modelo interaccional de las otras aproximaciones teóricas es la gran relevancia que se le asigna a la evaluación cognitiva. En gran medida es la principal responsable de que la situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto y considera al individuo como parte activa en el proceso, interactuando con el medio ecológico.

La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo- entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. Al margen de su origen, cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. El proceso de reevaluación, a su vez, influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas que, como hemos señalado, difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican.

Las Estrategias de Afrontamiento también son definidas como "un factor que puede ayudar a los individuos a mantener la adaptación psicosocial durante periodos estresantes . . . engloba esfuerzos cognitivos y conductuales para reducir o eliminar condiciones estresantes asociadas con angustia emocional" (Holahan, C, Moos, R, Shaefer, y en Zeiner, y Endler, N, 1996)

Se han reconocido diferentes estrategias para afrontar situaciones problemáticas:

- Centradas en el problema: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, afrontamiento demorado, apoyo social instrumental.
- Centradas en la emoción: apoyo social emocional, aceptación, apoyo en la religión, reinterpretación positiva y crecimiento.
- Centradas en las emociones menos funcionales: concentración y desahogo de las emociones, liberación conductuales, liberación cognitiva, negación, liberación hacia las drogas.

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

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

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

reevaluación de su importancia. Llamamos a estas cogniciones reevaluaciones o también se ha utilizado el término redefinición de la situación.

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

RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO

La teoría del estrés señala que la acumulación de eventos estresantes puede perturbar el equilibrio físico y psicológico, y que por medio de las estrategias de afrontamiento se pueden reducir las amenazas, aumentando o disminuyendo la habilidad del sujeto para reajustarse y reducir la probabilidad de desórdenes psicofisiológicos. Bueno y Buceta (1991), afirman que la reacción emocional del paciente, puede adoptar muy diferentes formas: es posible que responda favorablemente y no experimente reacciones perjudiciales ligadas a este hecho; pero, lo más habitual es que tales reacciones se produzcan, observándose diferencias individuales notables. Estas diferencias individuales, desde nuestro punto de vista, estarían determinadas por diferentes características de personalidad.

Las conductas relacionadas con la salud han sido definidas como constitutivas de una vía mediante la cual variables ambientales y personales pueden afectar a los mecanismos fisiológicos e incrementar el riesgo de enfermar.

El vivir bajo situaciones estresantes se suele asociar a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para ésta. Se ha visto de igual forma que el apoyo social (grupo de amigos, pertenecía a un club social, etc.) reduce la frecuencia de conductas no saludables e incrementa las saludables (hacer más ejercicio físico y evitar el uso de excitantes). También las variables disposicionales han sido vinculadas a la práctica de conductas nocivas para la salud (Ibáñez, 1989).

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

Dimensión	Descripción
1. Confrontación	Acciones directas dirigidas a la situación.Ej: Expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etc.
2. Distanciamiento	Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido,etc.
3. Autocontrol	Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse,etc.
4. Búsqueda del apoyo social	Pedir consejo o ayuda aun amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contra a algún familiar el problema etc.
5. Aceptación de la responsabilidad	Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, etc.
6. Escape-evitación	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol drogas
7. Planif.de solución de problemas	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren,etc.

8. Reevaluación positiva

La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona, etc.

Las estrategias específicas de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas (Moos, 1984). Las habilidades que son efectivas en una situación pueden no serlo en otras y las habilidades que pueden ser beneficiosas en un uso moderado o temporario, pueden ser perjudiciales si se cuenta exclusivamente con ellas. El afrontamiento es una habilidad que puede ser aprendida (como cualquier otra habilidad) y usada flexiblemente según las demandas de la situación.

Por ello, cualquier proceso psicoterapéutico que incluya el desarrollo de habilidades de afrontamiento debe tener en cuenta la gran diversidad de los factores personales y de situación. Los recursos de superación son complejos y necesitan ser flexibles. *Parece que la clave de la adaptación reside en la flexibilidad de los estilos de afrontamiento*, dado que los recursos de afrontamiento utilizados con éxito en una determinada situación pueden ser desafortunados en otra, e incluso en la misma situación, pero en otro momento.

EL PATRON DE CONDUCTA "A" COMO UNA ESTRATEGIA EN SI MISMA

Las actuales concepciones del estrés resaltan la percepción de los estresores como factor clave en el desencadenamiento del proceso. La valoración que hace el individuo del estresor dependerá de variables personales, de su estilo de afrontamiento, de los resultados y consecuencias que la situación tiene para el individuo (Peiro 1993)

La característica personal más estudiada ha sido la conducta Tipo A descrita por Friedman y Rosenman (1959), como un patrón comportamental caracterizado por un elevado sentido de la urgencia del tiempo y por un grado de hostilidad fácilmente activado.

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

Las características de los pacientes con alteraciones cardiovasculares serían las siguientes:

1. Son personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas.

2. Son personas que parecen buscar activamente este tipo de situaciones que suponen un "reto personal".
3. Procuran destacar en cualquier actividad que emprenden.
4. Se quejan constantemente de que les falta tiempo para hacer todo lo que desearían hacer.
5. En su lucha constante por destacar, reaccionan con ira, agresividad y hostilidad, ante cualquier obstáculo que les impida alcanzar sus objetivos.

Se han diseñado instrumentos destinados a la evaluación de esas características, para identificar a aquellas personas potencialmente susceptibles de desarrollar alteraciones cardiovasculares. El análisis de los datos ha llevado a identificar tres grandes factores o expresiones conductuales: *Competitividad*, *Impaciencia* y *Hostilidad*, como definitorios de un patrón de conducta tipo A,

Cuando se analizan las relaciones entre este tipo de comportamiento y el desarrollo de alteraciones cardiovasculares, encontramos que:

1. Los sujetos tipo A muestran una tasa de enfermedad coronaria 6 veces superior a los sujetos tipo B.
2. Los sujetos tipo A desarrollan mayores tasas de arteriosclerosis, medida en angiografía y autopsias.
3. Los sujetos tipo A presentan mayor número de recaídas y una más rápida progresión de los trastornos vasculares.

En 1978 se aceptó, explícitamente, que el riesgo de que una persona tipo A desarrolle alteraciones cardiovasculares es mayor que el asociado a la edad, elevadas tasas de presión sanguínea sistólica y colesterol, y consumo de tabaco. Por lo tanto este conjunto de conductas han pasado a ser un factor de riesgo cardiovascular.

1. Competitividad:

Una de las características más significativas de los sujetos tipo A es su permanente afán por destacar, por sobresalir, por rendir bien.

El análisis de la trayectoria personal y profesional de estos sujetos, tiende a indicar que:

- a. Suelen participar en una gama amplia de actividades.
- b. Desarrollan una fuerte preocupación por su promoción personal y profesional
- c. Suelen tener objetivos ambiciosos en la planificación de sus vidas.
- d. Desarrollan una notable movilidad profesional, en la búsqueda constante de ascenso.
- e. Se esfuerzan por asumir cada vez mayores responsabilidades.

A este objetivo por sobresalir, contribuye la focalización atencional que los sujetos tipo A efectúan sobre aquellos estímulos ambientales, que son relevantes para la tarea en la que desean destacar, ignorando aquella otra



estimulación periférica que pudiera resultar irrelevante y/o perjudicial para el desempeño de la tarea. Sobre esto hay dos tipos de conclusiones:

- Los sujetos tipo A focalizan su atención sobre aquellos aspectos que son relevantes para la tarea, atendiendo menos a la información periférica.
- Los sujetos tipo A parecen inhibir activamente su atención sobre aquellos elementos, presentes en la situación, que puedan distraerles e interferir con el desarrollo adecuado de la tarea.

2.- Impaciencia:

Esto hace referencia al matiz de "urgencia temporal" que los sujetos tipo A introducen en todos sus actos. Por lo tanto a la característica constante de rendir más y mejor, hay que añadir que tal objetivo se pretende alcanzar con el mejor aprovechamiento posible del tiempo.

Cabe esperar que el rendimiento de estos sujetos se deteriore a medida que la realización de la tarea exija mayores dosis de cautela y paciencia.

3.- Hostilidad:

Los sujetos tipo A tienden a reaccionar con ira, irritabilidad, resentimiento y afectos negativos ante sucesos cotidianos, cuando estos suponen frustración o amenazan la consecución de los patrones de conducta fijados.

Los sujetos tipo A reaccionan ante la frustración con mayor agresividad que los tipo B, y además esas reacciones no persiguen otra finalidad que la de atacar, agredir, a la fuente de frustración.

El *patrón Tipo B (TBB)*, por el contrario, ha sido concebida como la ausencia de conductas TAB, caracterizándose por una relativa falta de urgencia, impaciencia, falta de seguridad en sí mismos y respuestas hostiles. La evidencia empírica sugiere que entre estos patrones comportamentales existen diferencias individuales en la actividad del coping.

LA PERSONALIDAD TIPO D

Estudios previos.

El descontento con los resultados obtenidos con la personalidad Tipo A llevó a un cambio gradual hacia otros factores de riesgo que podrían estar asociados con las enfermedades cardiovasculares. Así, se enfocó hacia aspectos más relacionados con factores psicológicos o con trastornos psiquiátricos, en particular la depresión mayor. El uso de una terminología común con la psiquiatría aseguraba que los pacientes cardíacos pudieran beneficiarse de los avances alcanzados en los tratamientos para la población psiquiátrica, y además abría la posibilidad para que pudieran aplicarse otros descubrimientos de las neurociencias (Lesperance y Frasure-Smith, 1996).

La literatura científica abunda sobre la evidencia respecto a la influencia negativa de ciertos estados psicológicos, como la ansiedad, la angustia o la depresión, sobre las enfermedades cardiovasculares (Lesperance y Frasure-Smith, 1996). Sin embargo, las emociones negativas y dichas patologías puede tener implicaciones más profundas, interfiriendo en la capacidad de los pacientes para afrontar la enfermedad física y dando por resultado una pobre calidad de vida.

Otra serie de estudios, llevados a cabo desde fines de los 70, ha examinado la influencia de los factores sociales en el desarrollo de los TIC. Inicialmente esos estudios se enfocaron en los aspectos cuantitativos del apoyo social, tales como la presencia de lazos familiares, número de amigos y el grado de participación en grupos y otras actividades organizadas. Dentro de este campo, algunos trabajos evaluaron la influencia del estado marital (vivir solo, estado civil, y/o interrupción matrimonial), y otros evaluaron aspectos tales como el acceso a prácticas comunitarias (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).

Con posterioridad a los dos tipos de estudios citados (los relacionados con las emociones negativas y los relativos a la falta de apoyo social), Denollet y otros investigadores han suministrado nueva evidencia empírica que muestra como estos factores incrementan el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos. Al respecto, han postulado un nuevo tipo de personalidad, la personalidad Tipo D (de *distress*), como factor de riesgo en

la enfermedad cardiovascular (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet y Brutsaert, 1998; Denollet y otros, 1996; Denollet, Sys y Brutsaert, 1995).

El distrés, o estrés negativo, tiene serias implicaciones para el individuo:

- emociones displacenteras (como ansiedad, depresión u hostilidad);
- propensiones psicológicas desadaptativas (como dificultades en el plano de las relaciones interpersonales o en la percepción del apoyo social disponible);
- tendencias comportamentales disfuncionales (como el desarrollo de hábitos perjudiciales para la salud).

Todas estas características dan lugar a diversas consecuencias negativas, algunas de ellas relacionadas con la salud y que pueden derivar en enfermedades o muerte.

El constructo "Personalidad Tipo D" originalmente fue desarrollado en una población de pacientes cardíacos en Bélgica. Posteriormente, se halló evidencia respecto a su validez en pacientes cardíacos de otros países, incluyendo a Dinamarca, Alemania, Hungría e Italia (Pedersen y Denollet, 2003).

La personalidad tipo D se derivó de teorías existentes y de evidencia empírica. Los dos amplios y estables rasgos revisados hasta aquí sirven para conceptualizar a este nuevo tipo de personalidad. La personalidad Tipo D se define así como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social (Pedersen y Denollet, 2003;

Denollet y Brutsaert, 1998; Denollet y otros, 1996; Denollet, Sys y Brutsaert, 1995):

1. Afectividad negativa: se define por la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, de síntomas depresivos y de tensión crónica y de un bajo nivel de bienestar subjetivo.

2. Inhibición social: se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y por bajos niveles de soporte social percibido.

En el siguiente cuadro (Sanchez, 2005), se resume el concepto de "personalidad tipo D":

Cuadro 1. Personalidad Tipo D.

		Estilo de personalidad	
		Afectividad negativa	Inhibición social
Definición		Tendencia a experimentar emociones negativas en todo momento y situación.	Tendencia a inhibir emociones y conductas en la interacción social.
Cuadro clínico		La persona se siente infeliz a menudo, tiende a preocuparse, es pesimista, se irrita fácilmente, tiene baja	La persona se siente insegura en la interacción social, tiende a mantener distancia con los otros, tiende a ser cerrada y reservada,

	autoestima y poca asertividad, tiene síntomas depresivos y de ansiedad.	reporta bajos niveles de apoyo social percibido.
Prognosis	La personalidad tipo D, definida por altos valores de afectividad negativa e inhibición social, resulta un predictor independiente de mortalidad a largo plazo en pacientes con trastornos cardiovasculares. En las investigaciones originales de Denollet se encontró una mortalidad del 23% en pacientes con personalidad tipo D y del 7% en pacientes con otros tipos de personalidad en un estudio de seguimiento a seis años en pacientes con TIC.	

El concepto de personalidad Tipo D reúne diferentes líneas de investigación que hasta el momento se estaban desarrollando de manera dispersa. Así, el Tipo D refleja un subgrupo homogéneo y estable de rasgos de personalidad claramente basados en teorías psicológicas, a diferencia de la personalidad Tipo A que se basa en una "mescolanza" heterogénea de síntomas conductuales (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet, 2000).

La afectividad negativa.

La afectividad negativa ha merecido el interés en diferentes investigaciones por su relación con las enfermedades cardíacas (Smith y Ruiz, 2002). Las personas con alta afectividad negativa son más propensas a experimentar emociones negativas de manera estable, a lo largo del tiempo e

independientemente de las situaciones (Denollety Brutsaert, 1998). Estas personas se muestran incapaces de enfrentar los estresores de la vida. También tienen una visión negativa de si mismos, reportan más síntomas somáticos y tienen un sesgo atencional hacia los estímulos adversos. Estas personas parecen estar escudriñando el mundo en busca de problemas o amenazantes inminentes (Denollet, 2000).

Personas con este rasgo, obtuvieron una alta correlación (0,68, en participantes sanos) con la escala de neuroticismo del NEO-PI-R de Costa y McCrae (1992) y con la escala de neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (0,64, en pacientes con enfermedades cardiovasculares) (De Fruyt y Denollet, 2002; Denollet, 2000). Estas correlaciones estarían dando cuenta de cierta superposición entre ambos conceptos (afectividad negativa y neuroticismo).

En un trabajo reciente, Suls y Bunde (2005) estudiaron tres de las disposiciones psicológicas que más han sido relacionadas como factores de riesgo de los TIC: depresión, ansiedad y angustia - hostilidad. Estos autores encontraron cierto solapamiento entre estas tres disposiciones negativas lo que los lleva a asumir la posibilidad de que una disposición hacia la afectividad negativa pueda ser más importante como factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular que cualquier afecto negativo específico.

El aislamiento social.

Décadas de investigación han relacionado el aislamiento social y bajo niveles de apoyo social percibido (componentes de la inhibición social) con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Smith y Ruiz, 2002). De la inhibición social se infiere una tendencia estable a inhibir la expresión de las emociones y las conductas en la interacción social (Denollet, 2000). Las personas con alta inhibición social son más propensas a inhibir sus sentimientos y a sentirse tensos e inseguros en presencia de otros, a menudo presentan poca asertividad, usan estrategias de afrontamiento de evitación, y tienen pocas capacidades comunicativas. Además, estas personas inhiben la expresión de emociones negativas (Denollet, Sys y Brutsaert, 1995).

Personas con alta inhibición social obtuvieron un alta correlación negativa con la escala de extraversión del cuestionario NEO-PI-R (-0,52, en participantes sanos) (Costa y McCrae, 1992) y con la escala de extraversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (-0,65, en pacientes con enfermedades cardiovasculares) (De Fruyt y Denollet, 2003; Denollet, 2000).

La alta inhibición social ha sido relacionada con la evitación de peligros potenciales involucrados en la interacción social tales como la desaprobación o el no reconocimiento por parte de los otros. Aunque algunas personas inhibidas son bastante tranquilas en la superficie, en realidad, pueden evitar los conflictos interpersonales mediante un control excesivo de su auto-expresión (self-expression?) (Denollet, 2000).

PERSONALIDAD TIPO D Y TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

La personalidad Tipo D podría ser un factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares por dos motivos:

- a. la inhibición de la expresión emocional podría ayudar al desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad;
- b. la mayor propensión a la depresión y al aislamiento social podrían aumentar la mortalidad en pacientes con TIC.

Denollet y Brutsaert (1998) encontraron que la combinación de ambos factores, afectividad negativa e inhibición social, puede predecir la aparición de trastornos cardíacos de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales. La personalidad tipo D resultó ser un predictor de mortalidad a largo plazo en pacientes con TIC, independientemente de los factores de riesgo biomédicos. Existe evidencia empírica que sugiere que una combinación de alta afectividad negativa y alta inhibición social suele estar presente en pacientes en riesgo de TIC (Denollet, 2000; Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000). La evidencia acumulada hasta el momento indica que los pacientes cardíacos con personalidad Tipo D tienen un incremento significativo en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales (Pedersen y Denollet, 2003). Los pacientes con personalidad Tipo D también tienen un

mayor riesgo de sufrir estrés psicosocial negativo, de tener una calidad de vida más deteriorada y de beneficiarse menos con los tratamientos médicos. En su estudio de 1996 (Denollet y otros, 1996) los investigadores encontraron diferencias significativas, en un estudio de seguimiento a seis años, en los índices de mortalidad en un grupo de pacientes con personalidad Tipo D (23%) en comparación con el grupo con otras características de personalidad (7%). La relación se mantenía tanto en hombres cuanto en mujeres. La conclusión de Denollet y su grupo de trabajo (1996) fue que la personalidad Tipo D era un predictor de mortalidad en pacientes cardíacos, independiente de los predictores biomédicos. Anteriormente (Denollet, Sys y Brutsaert, 1995), estos investigadores habían reportado mayor mortalidad en pacientes con personalidad Tipo D en un estudio a cinco años del accidente cardiovascular, en hombres de mediana edad sobrevivientes a un infarto de miocardio.

Según Denollet y sus colaboradores (1996), el estrés negativo (*distress*), propio de la personalidad tipo D, puede provocar la enfermedad cardiovascular en forma directa a través de mecanismos fisiológicos. El estrés al que está expuesto el sujeto influiría en los mecanismos fisiológicos que determinan la enfermedad.

Según los autores (Denollet y colaboradores, 1996), el Tipo D también podría relacionarse con la enfermedad cardiovascular en forma indirecta por su influencia en comportamientos relacionados con la salud como una pobre adherencia al tratamiento o fallas al momento de cambiar los factores de riesgo; también podría influir negativamente en la comunicación con los

médicos. Todo esto incidiría en la gravedad de la enfermedad cardiovascular y en un incremento en el riesgo de mortalidad de estos pacientes.

Existiría un tercer mecanismo posible que relaciona el Tipo D con las enfermedades cardiovasculares. Otra variable diferente sería la causa del rasgo de personalidad y de la mortalidad prematura en pacientes cardíacos. El tipo D sería una mera manifestación conductual de un factor biológico o genético subyacente que predispone a la personas a resultados adversos en su salud (Denollet y colaboradores, 1996). Los autores recuerdan que Bouchard (1994) ha aportado evidencia acerca de que un 50% de las diferencias individuales en los rasgos de personalidad, tales como podrían ser la afectividad negativa y la inhibición social, se debe a factores genéticos.

Recientemente, Pedersen y otros (2004) investigaron los efectos negativos de la personalidad tipo D en pacientes con TIC después de una intervención coronaria percutánea, en un estudio de seguimiento de 9 meses. Este estudio fue el primero en investigar la influencia de los factores de riesgo psicológicos en la prognosis de pacientes post intervención coronaria percutánea. El tipo D fue un predictor de resultados adversos en pacientes que estaban recibiendo un tratamiento óptimo, con los últimos avances en intervención en cardiología. El tipo D incrementó significativamente la probabilidad de muerte o de infarto de miocardio en el grupo estudiado.

La personalidad tipo D resulta un hallazgo teórico de peso ya que resulta un factor predictivo en las enfermedades cardiovasculares mientras que sus componentes por separado no lo son. Esto es, la presencia de cada uno de

estos factores de manera individual no tiene mayores efectos, es la interacción entre las emociones negativas y el aislamiento social lo que resulta predictor en la prognosis de los pacientes con enfermedades cardiovasculares (Denollet y otros, 1996).

La personalidad Tipo D podría predecir los trastornos cardíacos y además podría subsumir conceptos anteriormente dispersos como la depresión, la ira y la ansiedad (afectividad negativa) o el aislamiento y la falta de apoyo social (inhibición social).

Sin embargo, según algunos autores, los estudios reportados hasta el momento no han aportado evidencia concluyente respecto a la hipótesis que relaciona la personalidad tipo D con los TIC, ni que el Tipo D tenga el status de un tipo particular de personalidad. Carney (1998), por ejemplo, sostiene que la afectividad negativa y la inhibición social podría predecir el riesgo de sufrir otros sucesos cardíacos solo en enfermos coronarios. Habra y otros (2003), por su parte, encontraron que el constructo global personalidad tipo D no parece tener mucho más poder predictivo respecto a los trastornos cardiovasculares que sus dos componentes individuales por separado. Estos autores encontraron, además, que el tipo D resulta predictor del desarrollo de la enfermedad cardiovascular particularmente en hombres. Respecto al aislamiento social encontraron que se relacionaba con alta presión sanguínea pero sólo en hombres.

De todas maneras, Denollet y su equipo (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet y Van Heck, 2001), sostienen que hay una necesidad urgente en adoptar un enfoque que considere a la personalidad en los pacientes en

riesgo de sufrir trastornos cardíacos. Para estos autores, la personalidad Tipo D es un constructo estable que puede ser de especial interés en todo el campo de las enfermedades cardiovasculares.

LA EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO: COPE

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

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

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

Posteriormente, Carver, Scheier y Weintraub (1989) desarrollaron el cuestionario COPE, como alternativa del WOC. Este pretende lograr mayor precisión que su predecesor en la formulación de ítems, y ampliar el número de áreas a evaluar, incluyendo otras de interés teórico de los autores. Las escalas a evaluar son 13 y cada una tiene cuatro ítems a evaluar. Las escalas y los ítems estaban basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (1981, 1983, 1985) y Scheier y Carver (1988). A estas 13 escalas iniciales se añadieron con posterioridad dos más (Carver, 1991 comunicación personal). Por consiguiente, el cuestionario final consta de 70 ítems (4 por cada una de las 15 escalas), que expresan conductas que el sujeto pone en marcha para hacer frente a una situación estresante. El sujeto responde en una escala tipo Likert de 4 puntos, indicando la frecuencia con que utiliza cada una de las conductas.

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

Descripción Y Caracterización De Las Escalas Del Cuestionario COPE

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

- *Negación*: Intenta rechazar la realidad del suceso estresor.
- *Desconexión Mental*: Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o auto-distracción.
- *Desconexión Conductual*: Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
- *Consumo de Alcohol o Drogas*: Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
- *Humor*: Hacer bromas sobre el estresor.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Distintos estudios (Martin y Soon, 1993; Omar, 1995) han comenzado a atribuir al coping un rol fundamental en el proceso salud-estrés-enfermedad, pues han demostrado que estos recursos constituyen características estables del sujeto y que de ellos depende la habilidad para enfrentar o manejar los estresores. Estrategias de coping focalizadas en la vigilancia y la prevención cognitiva (Krohne, 1989), recursos de coping tales como alta autoestima, sentido del control (Pearlin y Eschooler, 1978) y soporte social percibido (Cohen y Wills, 1985) pueden actuar como amortiguadores del estrés aumentando o disminuyendo la capacidad del sujeto para reajustarse

y minimizar la probabilidad de desórdenes psicofisiológicos. No obstante, las estrategias de afrontamiento difieren en su eficacia en relación con el manejo de los estresores ya que mientras algunos recursos disminuyen la probabilidad de aparición de desórdenes psicofisiológicos, otros actúan favoreciéndolos. De ello, se desprende que las posibilidades de afrontamiento de un sujeto se encontrarían estrechamente vinculadas a sus rasgos de personalidad.

Las percepciones de incertidumbre y pérdida que se desarrollan como consecuencia de la aparición súbita de una enfermedad grave como la cardiopatía isquémica generan en el paciente altos niveles de ansiedad y amenaza, que comprometen la aparición de respuestas positivas de afrontamiento, dificultando la adaptación, la comprensión de la información, los cambios en el rol y la colaboración en los cuidados. El dolor, la incomodidad, la interrupción súbita de las actividades de la vida diaria y las preocupaciones acerca de un futuro incierto causan una angustia importante en el paciente.

La aparición de una enfermedad coronaria grave supone un encuentro inesperado y dramático con una realidad distinta y no deseada que puede condicionar las percepciones sobre el yo, las actividades y las relaciones de los individuos afectados en aspectos laborales, familiares, sociales, etc. La presencia del infarto de miocardio puede alterar la autopercepción del paciente como integrante de una unidad familiar y de una comunidad por el temor a un cambio en sus funciones y su imagen dentro de estos medios.

Una de las percepciones que mayor estrés genera en este tipo de pacientes es la sensación de muerte inminente, más patente en pacientes en edad joven y madura que no creen haber cubierto su ciclo vital. Esta preocupación, muy extendida en las sociedades industrializadas (donde la enfermedad coronaria constituye una de las mayores causa de muerte), amenaza más que cualquier otra la adaptación del paciente a su nueva situación en cualquier fase de la enfermedad.

Las formas inefectivas de afrontamiento son frecuentes en este contexto donde aparece un grado elevado de amenaza por temor a la pérdida de la vida y de status personales, familiares y sociales estables deseados, en especial cuando no se cuentan con experiencias similares previas. En esta situación, el individuo o los grupos pierden las nociones de seguridad, intimidad, certidumbre y confianza y son incapaces de desarrollar apreciaciones reales y adecuadas acerca de los agentes estresantes, y de elegir respuestas eficaces de control y afrontamiento. No cabe duda de que la enfermedad coronaria supone una amenaza real para la vida y la independencia del individuo. Sin embargo, con independencia de la realidad, las creencias adquiridas en nuestro entorno determinan un concepto frecuentemente irreal sobre la enfermedad. Murray afirma que las percepciones sobre riesgo y enfermedad cardiovascular están formadas por creencias derivadas de factores sociales y culturales. Mishel identifica el nivel educativo, junto con otras variables como predictor y generador de estrés ante la enfermedad. Los valores transmitidos en la sociedad moderna preparan falsamente al individuo para creer que es capaz de controlar

supuestas situaciones vitales. Las creencias tienen posiblemente más influencia en determinar el significado y la dimensión de la realidad que la realidad misma. Sin embargo, en presencia de la enfermedad, la sensación de dominio sobre sí y el entorno se transforma en vulnerabilidad, amenaza e inadaptación. Esta situación conduce a una incapacidad para llevar a cabo apreciaciones válidas de los agentes estresantes y a elegir adecuadamente las respuestas necesarias o usar los recursos disponibles. Estas deficiencias de adaptación pueden conducir a dificultades importantes para comprender la información, minimización o falta de alerta ante los síntomas y los riesgos, expresiones de incapacidad, manifestaciones de culpa y baja estima, dificultad para satisfacer las necesidades básicas y las expectativas del rol, cambio en los patrones de comunicación habituales o ausencia de compromiso con objetivos de recuperación.

El uso de estrategias de afrontamiento funcionales en aquellas personas con patologías cardiovasculares permitirían resignificar el suceso, conservar la integridad personal y renovar los vínculos sociales ante las perspectivas de cambios y pérdidas que el atravesamiento por dicha situación implica. Las investigaciones en estrés y su impacto sobre la salud y el bienestar se han incrementado significativamente durante las últimas décadas, siendo el estudio de los procesos de adaptación humana a las situaciones de estrés un tema multidisciplinario de importancia creciente (Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman, 2000).

Van Elderen, Maes y Dusseldorp (1999) desarrollaron un estudio longitudinal para evaluar los efectos de dos tipos de estrategias de afrontamiento –acercamiento y evitación- sobre la ansiedad, depresión y bienestar en pacientes con enfermedades coronarias. Las mediciones fueron realizadas en tres tiempos diferentes: 1 mes, 3 meses y 12 meses después del evento cardíaco. Se exploraron las dimensiones transversales y longitudinales. Las relaciones transversales fueron encontradas como negativamente significativas en las tres mediciones, entre acercamiento y bienestar; y positivamente significativas entre acercamiento y ansiedad y depresión. Estos resultados sugieren que la evaluación de las consecuencias psicológicas de las enfermedades coronarias, y el desarrollo de las intervenciones no debería estar basado sólo sobre los datos transversales, sino también sobre los longitudinales entre el afrontamiento y las medidas de los resultados psicosociales.

En el estudio de Shen, McCreary y Myers (2004), se evaluó una muestra de 142 pacientes en rehabilitación por afecciones cardíacas, encontrando que la hostilidad y la negación como estrategia de afrontamiento predecían indirectamente los resultados del funcionamiento físico de tales pacientes.

Por otro lado, Khalid y Sial (1998) investigaron la influencia de los factores de personalidad sobre la recuperación de pacientes masculinos, con un intervalo de edad de 50-58 años, que habían atravesado por una cirugía de bypass. Los pacientes fueron clasificados por sus cirujanos como pacientes con “buena” y “mala” recuperación diez días después de la cirugía.

Administraron entrevistas estructuradas y cuestionarios en forma individual para medir el tipo de personalidad, el optimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes con buena recuperación presentaban un patrón de personalidad Tipo B y mayores niveles de optimismo disposicional que el otro grupo. Los sujetos con buena recuperación usaron significativamente más estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción, y simultáneamente menos estrategias de evitación que el grupo con peor recuperación.

Lo señalado anteriormente y la diversidad de estudios sobre el tema muestran la importancia que tiene el adecuado uso de las estrategias de afrontamiento en las enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGIA

Objetivo:

Explorar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la ocurrencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

Hipotesis:

Los sujetos que han sufrido episodios isquémicos agudos, tienden a presentar una frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, menor a la que se observa en la población normal.

Muestras:

La población utilizada en la presente investigación pertenece a un proyecto mayor realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata, denominado "Personalidad y episodios isquémicos. Diagnostico, prevención e intervención psicológica", dirigido por el Doctor Urquijo. La muestra esta conformada por sujetos de la ciudad de Mar del Plata internados a causa de accidentes isquémicos agudos cardiovasculares en unidades coronarias del Hospital General de Agudos y algunas clínicas privadas de la ciudad y por un grupo control. Dicha muestra fue dividida por sexo y en grupos etarios. La media de edad de la muestra fue 55,95 años: 55,92 años para los pacientes del sexo masculino y 56,03 años para los de sexo femenino.

Instrumento:

Para clasificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes se aplicó la adaptación española del cuestionario COPE en su versión abreviada .

Método:

Los sujetos que pertenecen al grupo de pacientes con trastornos cardiovasculares así como también el grupo de control fueron evaluados mediante cuestionarios que incluían los diferentes instrumentos de evaluación. Los mismos debían ser leídos y marcar la respuesta que coincidía con sí mismo. En el caso que hubiera algún tipo de dificultad en la lectura o comprensión de los reactivos de los instrumentos fueron leídos

RESULTADOS

A continuacion en la tabla numero uno, se presentan los datos estadisticos descriptivos que nos permiten observar la relacion entre los sujetos que presentan trastornos cardiacos y los sujetos del grupo de control, con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Se presenta la media de la frecuencia de uso de cada estrategia en funcion de la pertenencia al grupo de cardiacos y al grupo de control.

Tabla 1 – Relación entre los sujetos cardíacos y control respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas

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

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

1. Escape Cognitivo (Media=8,89)
2. Escape Conductual (M=4,56)

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

1. Afrontamiento conductual (15,87)
2. Afrontamiento cognitivo (14,76)
3. Afrontamiento emocional (9,65)
4. Alcohol (6,66)

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

Tabla 2 – Prueba t para determinar si las diferencias entre las medias son estadísticamente significativas

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

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

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

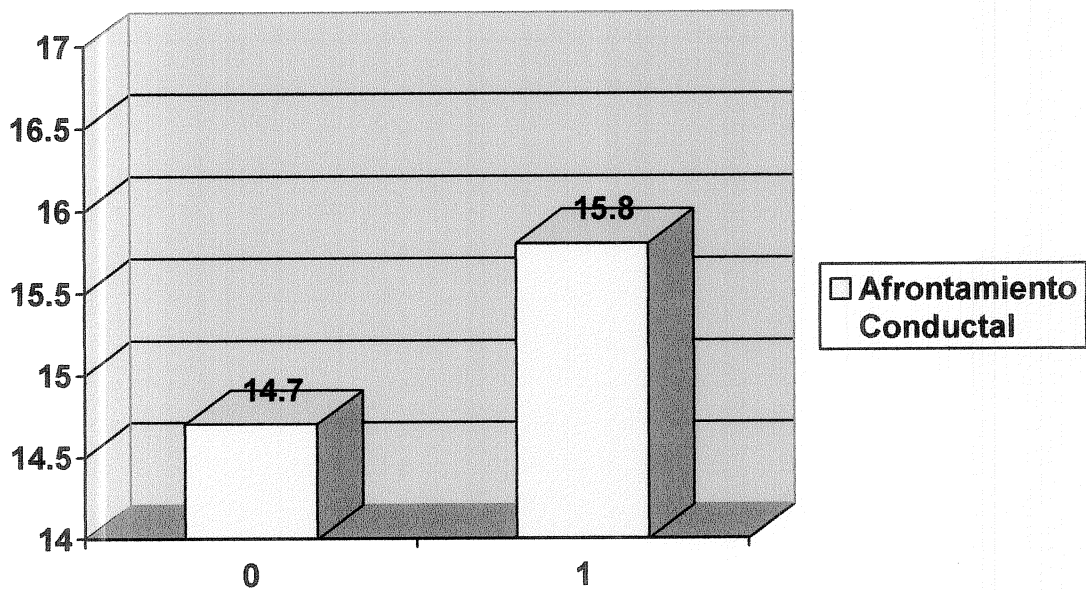
Tabla 3 – Análisis de varianza (Anova) de las diferencias entre los grupos

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

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

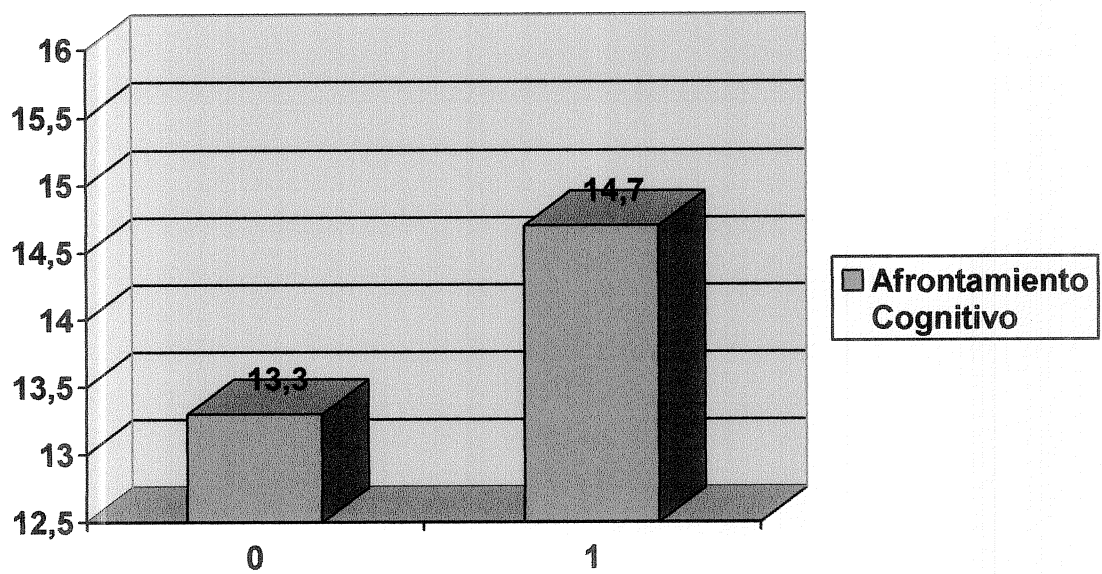
A continuacion se presentan los gráficos.

Grafico numero 1: Puntaje del cope (medias en el afrontamiento conductual con respecto a los dos grupos (0 = Cardiacos , 1=Grupo de control)



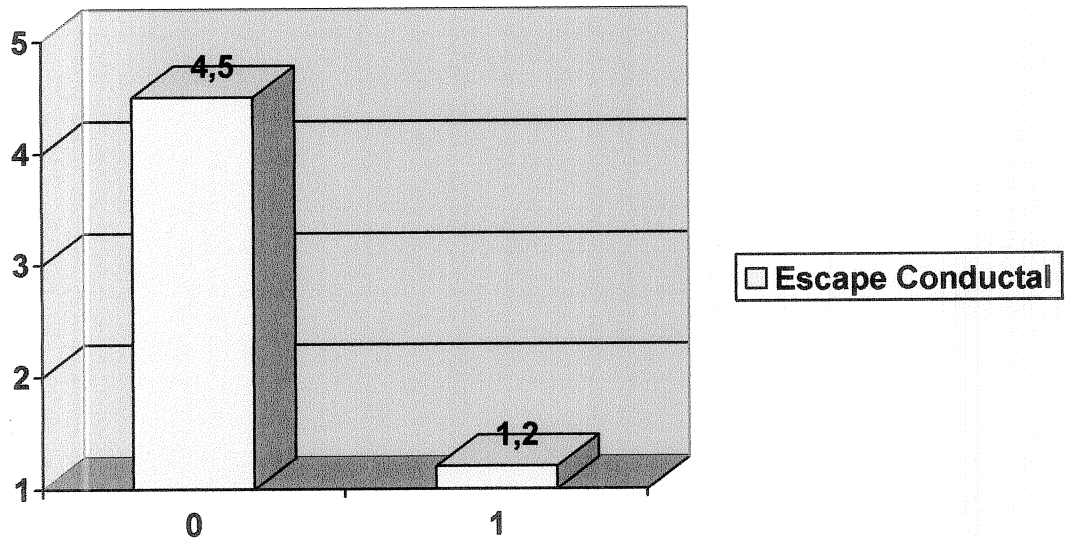
El grafico precedente indica que el afrontamiento conductual es adoptado preferentemente por los sujetos no cardiacos.

Grafico numero 2: Afrontamiento cognitivo.



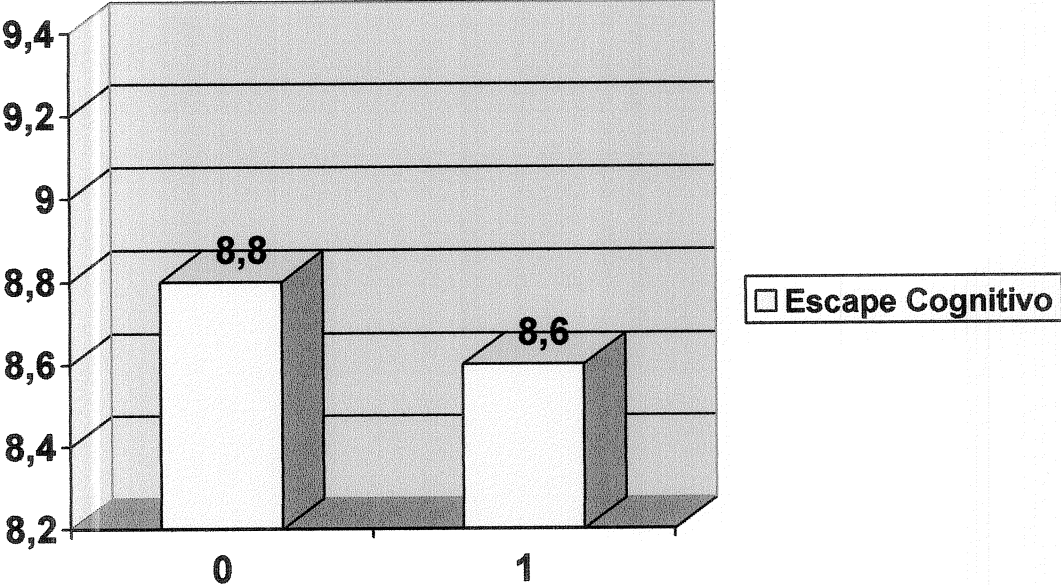
Puede verificarse que analogamente al primer grafico los sujetos del grupo control utilizan en mayor medida que el otro grupo el afrontamiento cognitivo.

Grafico numero 3: Escape conductual con respecto a los grupos.



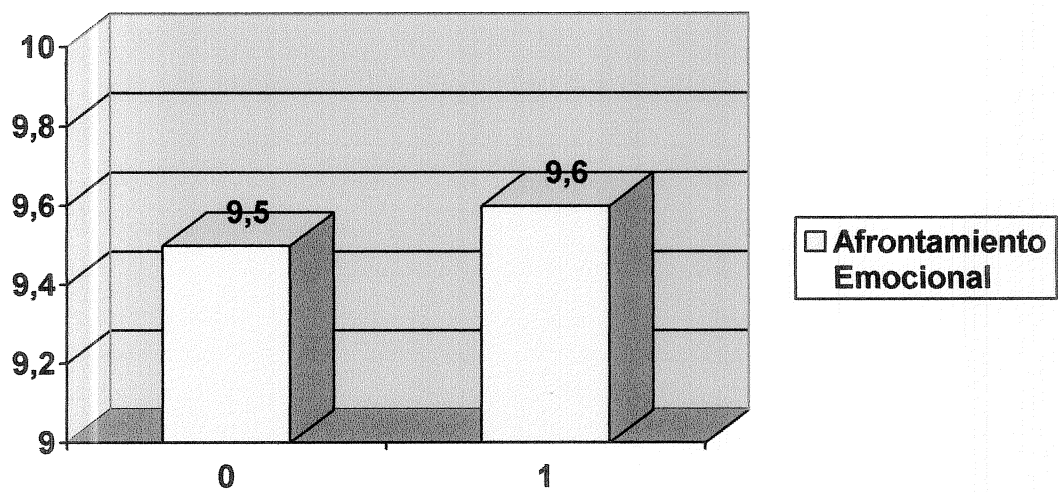
Con respecto al escape conductual, se visualiza una notable diferencia entre los grupos cardiacos y los no cardiacos(los primeros utilizan en mayor medida esta estrategia)

Grafico numero 4 Escape cognitivo



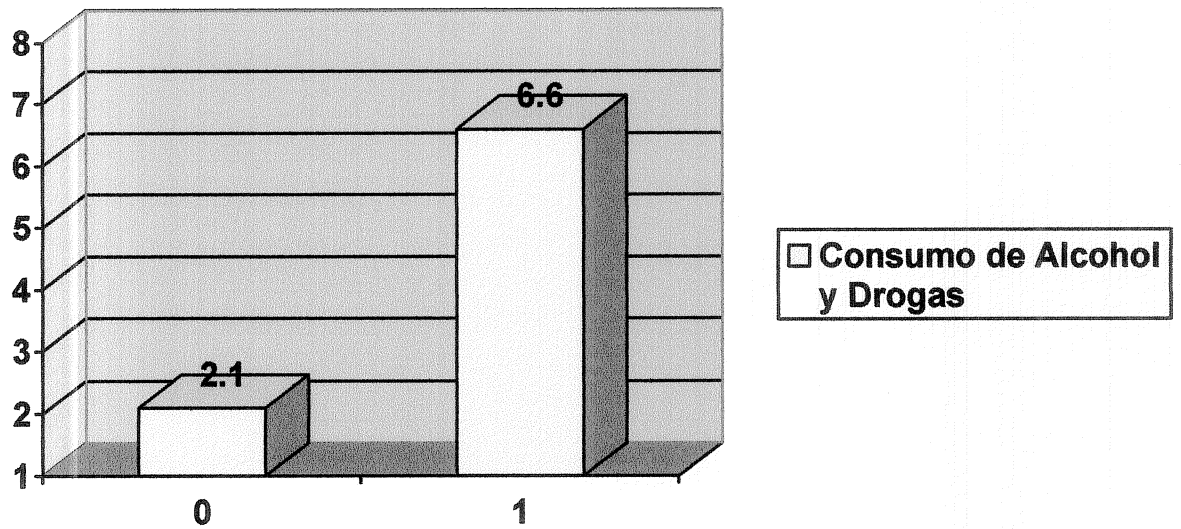
Con respecto al escape cognitivo, si bien aqui se ve mas una mayor utilizacion por parte del grupo de cardiacos, las diferencias no son estadisticamente significativas.

Grafico numero 5: Afrontamiento emocional



Los valores obtenidos mediante el analisis de estos valores no son estadisticamente sinificativos.

Grafico numero 6: Consumo de alcohol y drogas



El consumo de alcohol se manifiesta en menor medida en los sujetos del grupo de los cardiacos en tanto que las medidas aumentan considerablemente en el grupo de los no cardiacos.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el comienzo de nuestro trabajo planteamos como objetivo general obtener información acerca de las diferencias en cuanto a la frecuencia y utilización de las estrategias de afrontamiento por parte de las personas que han sufrido trastornos cardiovasculares (episodios isquémicos agudos) y las personas del grupo de control. Para esto relacionamos los cuatro grupos de variables y observamos si en cada grupo se utilizan estrategias de afrontamiento que puedan conformar un perfil característico.

Con respecto a la relación que se establece entre los sujetos que padecen o no trastornos isquémicos cardiovasculares y las estrategias de afrontamiento se observan diferentes aspectos a tener en cuenta:

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

2. En cuanto al *Afrontamiento cognitivo*, que se refiere a cualquier tipo de actividad que el individuo puede poner en marcha, para tratar de conseguir mejores resultados posibles en determinadas situaciones, pero a diferencia de la estrategia anterior es de tipo cognitivo (pensamientos,

reinterpretaciones) También los cardiacos utilizan en un notorio menor grado este tipo de afrontamiento que el grupo control.

De acuerdo a la mayor frecuencia que tiene el grupo de control de estas estrategia con respecto al grupo de cardiacos, podriamos decir que los datos son concordantes a la hipotesis planteada en este trabajo de investigacion. Ya que el uso de estrategias adaptativas marcaria la diferencia entre los que padecen enfermedades cardiovasculares de los que no.

3. Con respecto al *escape conductual*, es la utilizacion de esta estrategia la que marca mas notoriamente la diferencia entre ambos grupos. ya que la misma es utilizada mayoritariamente por el grupo de cardiacos, Si bien los resultados que se comprueban con respecto al escape cognitivo muestran que su utilizacion prevalence en los sujetos del grupo de control. Luego de administrar la prueba t se comprobó que los datos no son estadisticamente significativos .

4. Si bien los resultados que se comprueban con respecto al *escape cognitivo* muestran que su utilizacion prevalence en los sujetos del grupo de control. Sin embargo luego de administrar la prueba t se comprobó que los datos no son estadisticamente significativos .

Teniendo en cuenta los valores que reflejan la frecuencia de uso de estas dos estrategias, podria hipotetizarse aunque con cautela ya que los datos no resultaron demasiado significativos (*escape cognitivo* y *escape conductual*) esto podria relacionarse a que la aparicion de una enfermedad cardiaca supone un encuentro inesperado y dramatico con una realidad distinta y no

deseada, que pueden llevar a la persona a utilizar estrategias que intenten alejarse de la situación estresora y no de enfrentarla.

5. El *afrentamiento emocional* ambos grupos lo utilizan. Los sujetos del grupo de cardíacos muestran una frecuencia de uso de esa estrategia mayor que el grupo de control a pesar de que la diferencia no sea estadísticamente significativa.

6. El *consumo de alcohol y drogas*, considerada como una estrategia desadaptativa a largo plazo, se manifiesta en menor medida en los sujetos con trastornos cardiovasculares, en tanto que las medidas aumentan en los no cardíacos.

Resumiendo la contrastación entre ambos grupos podemos decir que en relación a la frecuencia de las estrategias de afrontamiento (mayor incidencia de un grupo en comparación con los demás), se obtuvieron los siguientes grupos con un perfil característico.

Grupo de sujetos con trastorno cardiovascular : mayor incidencia de:

- Escape cognitivo.
- Escape conductual.

Grupo control: mayor incidencia de

- Afrontamiento conductual.
- Afrontamiento cognitivo.
- Afrontamiento emocional.

- Alcohol

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

Es significativo el hecho de que el *escape conductual* sea la estrategia utilizada con mayor frecuencia por parte de las personas que han *padecido episodios isquémicos cardiovasculares*. Dicha estrategia incluye actividades distractoras y concentración de esfuerzos para resolver la situación.

Este tipo de estrategia de afrontamiento no es de tipo “activa”, sino más vale “paliativa”, es decir que es una estrategia centrada en las emociones y generan mayor malestar físico. Los individuos evitan toda conducta tendiente a la solución del problema.

Si bien esto puede relacionarse con el patrón de conducta tipo “A”, (que se caracteriza por: (a) esfuerzo intenso y sostenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y por lo general, pobremente definidos, (b) elevada inclinación hacia la competitividad, (c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio. puede observarse una mayor conexión con el patrón de conducta tipo “D” (de distres), que tiene como características sobresalientes la afectividad negativa y la inhibición social. De acuerdo a este patrón las personas con alta inhibición social son más propensas a inhibir sus sentimientos y a sentirse tensos e inseguros en presencia de otros, a menudo presentan poca asertividad, pero lo que mas se relaciona con el escape conductual es que *utilizan estrategias de afrontamiento de evitación*,

y tienen pocas capacidades comunicativas. Además, estas personas inhiben la expresión de emociones negativas (Denollet, Sys y Brutsaert, 1995).

Puede verse como los individuos con personalidad tipo D utilizarían como estrategia de afrontamiento lo que en realidad es una forma de evitación, el escape conductual, que los haría más propensos a contraer enfermedades isquémicas cardiovasculares.

Otra de las estrategias de afrontamiento que utilizaron los sujetos que padecieron trastornos isquémicos agudos, es el *escape cognitivo* (que se refiere a la supresión de la atención a la situación estresante y su sustitución por pensamientos alternativos) Si bien esta estrategia también se relacionaría con el patrón de personalidad tipo D, no ha resultado ser estadísticamente significativa (0,563), y por lo tanto no podemos llegar a una conclusión válida de acuerdo al resultado del dato recogido.

Lo mismo ocurre con los resultados obtenidos en cuanto a la estrategia "*afrontamiento emocional*", mayormente utilizada por el grupo control, esta refleja la tendencia a centrarse en el malestar experimentado ante la situación y en la comunicación de esas emociones y de la propia situación de alguien. Esta estrategia tampoco es estadísticamente significativa (0,698). No obstante era esperable que los sujetos del grupo control la utilizaran.

El *afrontamiento conductual* también fue una de las estrategias que caracterizaron la manera de afrontamiento de los sujetos del grupo control. Se relaciona con acciones constructivas encaminadas a alterar las fuentes de estrés y centradas en la solución de la situación, la planificación de una

acción y la puesta en marcha de acciones para eliminar y superar el estresor.

De acuerdo a esta definición y a que este tipo de estrategia está relacionada con un estilo centrado en la respuesta o el problema y es de carácter positivo, adaptativo y activo hacia la solución del problema, también es esperable que los sujetos del grupo control la utilicen. Existe una relación negativa entre los trastornos cardiovasculares y ésta estrategia, cuanto más centrado esté el individuo en la respuesta, menos riesgo tiene de sufrir un episodio isquémico. Además también es esperable que estos sujetos utilicen estrategias cognitivas ya que así suprimen la expresión emocional.

CONSIDERACIONES FINALES

Las causas de mortalidad a lo largo del siglo XX cambiaron de enfermedades agudas (gripe, neumonía, tuberculosis....) a enfermedades crónicas (enfermedades coronarias, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, entre otras). Este cambio en el patrón de dolencias causantes de la mortalidad en los países desarrollados, ha propiciado un cambio en el modelo médico de entender y tratar la enfermedad, se ha pasado del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. Este último, postula que los estados de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, Psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva teórica nace la Psicología de la Salud como la parte de la psicología que se ocupa de la Promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad e identificación de las variables causantes o relacionadas con la salud y la enfermedad.

Teniendo en cuenta esto, vemos como los factores psicológicos pueden tener influencia en la causa de una enfermedad, pero también tienen incidencia en pronóstico y diagnóstico de la misma, es decir que pueden tener influencia positiva o negativa en ella.

En este trabajo, investigamos por un lado las enfermedades isquémicas agudas, y por otro lado las personas que las sufren de las que no las sufren, para saber si tenía incidencia las diferentes estrategias de afrontamiento que utilizaban, y correlacionamos los datos.

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

Cabe recalcar que los resultados de este trabajo son de carácter exploratorio y por lo tanto estos deben ser considerados teniendo en cuenta que se trata de una población particular, con características socioeconómicas y culturales propias.

Por último, es importante mencionar que tanto este como otros trabajos son sustanciales ya que permiten un acercamiento a un tema tan importante como son las enfermedades que afectan a gran parte de la población, de ahí que debería tenerse en cuenta para poder implementar una prevención primaria y secundaria de estas enfermedades para poder disminuir, por lo menos en lo que como psicólogos nos compete y este a nuestro alcance, el número de personas enfermas o los efectos producidos por ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A Antonovsky,-1979- Healt, stress, and coping, Jossey-Bass Pub lishers San Francisco

American Health Association (www.americanheart.org)

Basabe, Nekane; Valdosedá, maite; Paez, Darío (1993) Cap. 14 Memoria Afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En salud, expresion y represion social de las emociones. R.M. Moos. 1993 PT 414

Bueno,A y Buceta,J (1997) Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio. Madrid,Dykinson.

Bueno AM, Buceta JM: Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid, Editorial Pirámide 1991.

Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1990): Modificación de conducta y salud, Madrid, Eudema.

Buceta, J.M. (1991): Psicología Clínica y Salud, Madrid, Cuadernos de la UNED

Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97(1), 19-35. EJ 494 079.

Crespo ML, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta* 1997; 23: 797-830.

Folkman S, Lazarus R.S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Editorial Martinez Roca 1986.

Font Guiteras, A. (1986) Estrategias de afrontamiento, Adaptación y Calidad de Vida. En Folkman, S. y Lazarus, R.S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Ed. Martinez Roca.

Friedman M, Rosenman PH. Association of specific over behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959:169-12

Giles, M; Llul, D; Richards , M. (2001) Estrategias de afrontamiento situaciones estresoras en pacientes internados por enfermedades cardiovasculares: resultados preliminares. *Estres y salud*. Primera publicacion resumenes trabajos de investigacion presentados en Bs. As. en el marco del Primer Congreso Argentino de Medicina del estres. (pp. 4-6)

Health Library (<http://healthlibrary.epnet.com>)

Instituto Provincial de salud de salta (www.ipssalta.gov.ar)

Manual Merck

(http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/index.html)

Marusic, A. (2000). Psychological factors associated with coronary heart disease. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 17 (4), 135-139.

Medlineplus Enciclopedia medica (www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000147.htm)

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

Perczek R, Carver ChS, Price A y col: Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *J of Personality Assessment* 2000; 74: 63-87.

Psicologia Cientifica (www.psicologiacientifica.com)

Revista Electronica de Motivacion y emocion (<http://reme.uji.es/>)

Revista espanola de cardiologia Online ([//www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org))

Rozanski A., Blumenthal J., Kaplan J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.

Sanchez, R. (2005) Personalidad tipo D y riesgo cardiovascular. *Nexos*, 20 (en prensa)

Sanchez, R (2004), Incidencia de la personalidad en los trastornos isquémicos cariovasculares. ¿Personalidad tipo D? Trabajo presentado en el III Congreso Atlántico de Psiquiatría, Mae del Plata, Argentina.

Women health (<http://www.4woman.gov/faq/Spanish/heartdis.htm>)