

# Análisis de las repercusiones emocionales y psicológicas de la enfermedad coronaria y su tratamiento quirúrgico

## *An analysis of emotional and psychological repercussions of coronary disease and its surgical treatment*

Carmen Santín Vilariño<sup>1</sup>  
Esperanza Torrico Linares<sup>1</sup>  
Miguel Ángel Gómez Vidal<sup>2</sup>  
María José López López<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se llevó a cabo un análisis de algunos aspectos emocionales y cognitivos del paciente coronario, en diferentes momentos de su enfermedad y con distintas alternativas de tratamiento farmacológico y quirúrgico, a fin de valorar aquellas áreas que podrían servir como predictores del comportamiento de los pacientes en diferentes ámbitos de la vida, tales como la familia, las relaciones sociales, las metas personales y demás. Por otro lado, se muestran las diversas reacciones y procesos de adaptación experimentados por dichos pacientes. No obstante, se considera que los posibles cambios encontrados no fueran producto de la enfermedad en sí misma sino de otras variables, como el periodo vital en que se hallaban. Por ello, se incluyó un grupo de sujetos sanos de similares características, y se llevaron a cabo análisis estadísticos que agruparan los sujetos en función de su tendencia de respuestas en los cuestionarios. Los resultados ponen de manifiesto que la enfermedad en sí misma y el tratamiento recibido son variables claves para entender los cambios manifestados por los sujetos.

**Palabras clave:** Enfermedad coronaria; Alteraciones emocionales; Cirugía cardíaca; Autoconcepto; Motivaciones psicosociales; Relaciones familiares.

### ABSTRACT

*An analysis of some emotional and cognitive aspects of coronary patients at different moments of their illness and pharmacological and surgical treatment alternatives was carried out, in order to evaluate the areas that could serve as predictors of the patients' behavior in different environments of their lives: family, social relationships, personal goals and some others. On the other hand, this work shows diverse reactions and adaptation processes experienced by such patients. Nevertheless, it is considered that the possible opposing changes were not product of the illness in itself, but of other variables, as the vital period in which they were. In these terms, a group of healthy individuals with similar characteristics was included, and some statistical analysis were carried out according to the tendencies of their answers showed in the questionnaires. The results show that the illness in itself and the received treatment are key variables to understand the changes manifested by the subjects.*

**Key words:** Coronary illness; Emotional alterations; Heart surgery; Self-concept; Psychosocial motivations; Family relationships.

<sup>1</sup> Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Huelva, Av. de las Fuerzas Armadas 3, Campus de Carmen, 21007 Huelva, España, tel. y fax: 9590-19220, correo electrónico: santin@uhu.es. Artículo recibido el 8 de agosto y aceptado el 28 de septiembre de 2002.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Puerta del Mar, Av. Ana de Viya s/n, Cádiz, España, fax: 9560-02330, correo electrónico: magovi@ono.com.

## INTRODUCCIÓN

La aparición de un evento con las características del infarto agudo de miocardio (en adelante IAM), o el hecho de tener que someterse a cirugía cardíaca, conllevan inevitablemente una alteración en la vida del sujeto que tiene diversas consecuencias emocionales. Algunas de estas reacciones, que funcionan inicialmente como mecanismos de adaptación, son comunes al resto de enfermedades, aunque su secuencia y prevalencia suelen variar entre unas y otras, al igual que las consecuencias que pueden tener sobre la evolución del enfermo. La ansiedad y los síntomas depresivos parecen encontrarse entre las alteraciones más frecuentes. Por otra parte, la negación —tanto de la enfermedad como del impacto de la misma— también ha sido encontrada en un elevado número de pacientes coronarios (Bennett, Mayfield, Norman, Lowe y Morgan, 1999; Havik y Maeland, 1988, 1990; Lespérance y Frasure-Smith, 2000; Linden, 2000; Mayou, 1991; Thornton y Hallas, 1999).

Estas reacciones no sólo provocan malestar en el paciente, sino que también pueden interferir en otras áreas de funcionamiento. Así, puede hallarse a sujetos cautelosos al momento de realizar cualquier esfuerzo físico, que se muestren reticentes respecto de la vuelta al trabajo o al mantener relaciones sexuales (Bennett y cols., 1999; Mayou, 1991; Oldridge, Gottlieb y Guyatt y cols., 1998; Sykes, Hanley, Boyle y Higginson, 2000).

En general, un buen número de autores (p.e. Caine, Harrison, Sharples y Wallwork, 1991; Karlsson, Berglin y Larsson, 1998; Klonoff, Clark, Kavanagh-Gray, Mizgala y Munro, 1989; Oldridge y cols., 1998; Oldridge, Guyatt, Jones y cols., 1991; Thornton y Hallas, 1999) coinciden en afirmar que la mayoría de los pacientes experimentan una rápida recuperación, tanto física como psicológica, al poco tiempo de la ocurrencia del IAM o de la operación, lo que explicaría la reducción de los síntomas afectivos.

Sin embargo, también hay investigaciones que, en otra línea, entienden esta mejoría asociada simplemente a los resultados del tratamiento y/o la intervención y, por tanto, a la reducción de los temores inmediatos, por lo que los progresos apreciados durante el tiempo de hospitalización dedicado a la recuperación inicial no implicarían

una mejoría duradera en la convalecencia posterior (Bryant y Mayou, 1989; Linden, 2000; Mayou, 1986; Mayou y Bryant, 1987; Murria y Beller, 1983; Oakley, 1987; Riegel, Dracup y Glaser, 1998; Wielgosz y Nolan, 2000). De hecho, los trastornos afectivos más serios se iniciarían tras un corto periodo de recuperación de las molestias originadas por la enfermedad y/o cirugía, y sobre todo con la vuelta a casa, donde el paciente siente haber perdido la protección que se le ofrecía en el hospital (Bennett y cols., 1999; Eriksson, 1988; Karlsson y cols., 1998; Lespérance y Frasure-Smith, 2000; Oldridge y cols., 1998; Riegel y cols., 1998; Swenson y Clinch, 2000; Weinman, Petrie, Sharpe y Walker, 2000).

No obstante, también podría plantearse que las posibles variaciones estables (aquellas que permanecen meses después del IAM o la intervención quirúrgica) que se encuentren en el estado emocional de los enfermos se deban al paso del tiempo, esto es, al periodo vital en el que se encuentran, ya que la aparición de la enfermedad suele coincidir con un periodo evolutivo concreto —la cima de la madurez o el comienzo de la senectud—, por lo que los cambios podrían ser más o menos coincidentes con los de la población general.

Por todo ello, este estudio se propuso determinar si las características presentadas por los sujetos enfermos son propias de esta cualidad o es compartida con una población similar respecto a su nivel sociocultural y edad, y definir asimismo si los grupos establecidos en función de sus características clínicas se mantienen cohesionados en función de las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios.

## MÉTODO

### Sujetos

Se evaluaron tres grupos de sujetos con características diferenciales respecto de su estado de salud.

**Grupo (IAM)1:** Constituido por 30 varones hospitalizados tras haberseles diagnosticado un primer IAM. La edad media de los pacientes que integraban este grupo fue de 47.87 años; en 90% de los casos estaban casados y su nivel cultural era mayoritariamente medio-bajo (76.6%).

**Grupo 2 (Operados):** Este grupo estuvo integrado por 30 varones hospitalizados para ser sometidos a cirugía de revascularización coronaria (*bypass*) tras haber sufrido un único infarto. La edad media de este grupo fue de 51.57 años. El 96.7% de los pacientes estaban casados, no superando en el 90% de los casos el nivel de estudios medio-bajo.

**Grupo 3 (Sanos):** Grupo compuesto por 30 varones sin afectación cardíaca conocida. La edad media fue de 51.97 años. En cuanto al estado civil, 93% estaban casados y 63.3% poseía un nivel de estudios medio-bajo.

Tanto al Grupo 1 como al Grupo 2 se les realizó un seguimiento posterior. Para mayor claridad expositiva, los dos grupos de seguimiento se han denominado en el presente trabajo *Grupo 4* (Seguimiento IAM) y *Grupo 5* (Seguimiento Operados), los cuales compartían las características sociodemográficas de los grupos iniciales puesto que estaban compuestos por los mismos sujetos en diferentes momentos de su enfermedad.

Para formar parte de cualquiera de los grupos de esta investigación, los sujetos debían cumplir los siguientes requisitos de inclusión: ser varones; tener una edad menor de 65 años; estar o haber estado casados o mantener una relación estable; no estar jubilados o no tener la invalidez definitiva; no estar o haber estado con anterioridad bajo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, y no padecer otra enfermedad incapacitante.

La selección de los pacientes que componen los grupos 1 y 2 se realizó según el orden en que fueron ingresando en las distintas unidades de cuidados intensivos, de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla, España. En el momento de la hospitalización se llevó a cabo una primera aplicación de la batería de tests, y posteriormente, el día que acudían a consulta para revisión, se realizaba un retest. El tiempo transcurrido entre las dos mediciones osciló entre cuatro y medio y seis meses. Debe señalarse que, para no perder la representatividad de los grupos de seguimiento, en la primera recogida de datos —es decir, durante la hospitalización— se evaluó un número muy superior a 30 pacientes, ya que los presentes autores estaban conscientes de la posibilidad de perder casos en el retest por diferentes motivos (por ejemplo,

que el paciente no acudiera a la cita de revisión, que en ese momento ya no deseara colaborar o que hubiera fallecido, o que la enfermedad se hubiera complicado o aparecido otra más incapacitante). Por ello, el grupo de seguimiento estuvo integrado por los primeros 30 sujetos que realizaron la batería completa de pruebas, tanto en el primer momento como en el segundo.

La selección de varones que integraron el grupo 3 se realizó al azar entre un grupo de personas voluntarias de entre aquellos que, cumpliendo con los requisitos exigidos (a este grupo se le añadía el no haber padecido afectación cardíaca u otra enfermedad incapacitante), eran personalmente conocidos por los integrantes de la Unidad de Psicología Clínica del citado hospital.

### Instrumentos

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

*Inventario sociobiográfico*, diseñado con el fin de recoger la información necesaria sobre aspectos sociodemográficos, de percepción del estado de salud, y de tratamiento o no de los factores de riesgo.

*Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS)*, en su versión adaptada al español por Garanto en 1984. Esta escala se basa en la concepción multidimensional del concepto de sí mismo. Consta de 100 ítems, 45 formulados de manera positiva y 45 de manera negativa. Los diez restantes constituyen la escala crítica de sí mismo. Los ítems se valoran en una escala de 1 a 5 en función de si el sujeto considera que la afirmación es más o menos verdadera respecto a la visión que tiene de sí mismo. Evalúa cinco grandes dimensiones del autoconcepto: sí mismo físico, sí mismo moral-ético, sí mismo personal, sí mismo familiar y sí mismo social. A su vez, cada una de estas dimensiones se evalúa en función de tres aspectos más particulares y que hacen referencia a componentes internos del autoconcepto: autoconcepto (o forma en que el individuo percibe que es), autosatisfacción o autoestima (o manera en que el individuo se acepta con relación a cada uno de los aspectos del autoconcepto) y comportamiento (o forma en que el individuo actúa o reacciona en cada una de las dimensiones externas que integran el autoconcepto).

*Cuestionario de Motivación Psicosocial (MPS)* (Fernández, 1987), para la evaluación de la motivación, e incluye cinco componentes: nivel de activación y necesidad, valor del incentivo, nivel de expectativas, nivel de ejecución y nivel de satisfacción. Consta de 173 ítems repartidos en tres partes que tienen formas de valoración diferentes, la primera de ellas con respuestas "verdadero o falso" y las otras dos con contestación numérica. Su autor ha realizado un análisis factorial de diferentes aspectos motivacionales, lo que le permitió obtener los siguientes factores: aceptación e integración social, reconocimiento social, autoestima/autoconcepto, autodesarrollo, poder, seguridad, activación, expectativa, ejecución, valor de los incentivos y satisfacción.

*Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)*, (Krug, 1980), en su versión española de 1987, evalúa rasgos tanto normales como patológicos. Consta de doce escalas, con un total de 144 ítems con tres opciones de respuesta cada una, las cuales pueden valorarse con tres puntuaciones distintas: 0, 1 ó 2. Las escalas son, a saber: hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico.

## RESULTADOS

Los resultados de los diferentes análisis realizados sobre las variables sociodemográficas en los tres grupos indican que no existen diferencias significativas entre ellos, por lo que resultan estadísticamente comparables.

Dado que el objetivo principal de este estudio era identificar si las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra en los diferentes cuestionarios se debían al hecho de estar o no enfermos o haber recibido algún tratamiento quirúrgico o farmacológico, se decidió utilizar para los análisis las puntuaciones totales alcanzadas por todos los sujetos en todos los factores de los cuestionarios, y esto, en el caso de los grupos clínicos, en los dos momentos en que fueron evaluados. Del mismo modo, se pretendía conocer si la agrupación realizada a priori en función de las características

clínicas (es decir, haber sufrido un IAM y recibir tratamiento farmacológico; haber sufrido un IAM y recibir tratamiento quirúrgico, o no padecer ninguna afectación cardiaca conocida) se mantenía con base en las puntuaciones alcanzadas en los cuestionarios, o sea, si los grupos que se forman a partir de tener puntuaciones similares corresponden a los establecidos por los presentes autores. Para ello, se eligió el análisis de correspondencias múltiples.

Este tratamiento estadístico permite agrupar los tipos de categorías que tienden a presentarse juntas de forma significativa, es decir, identifica factores entre las diferentes respuestas ofrecidas por los sujetos. El SPAD (programa estadístico utilizado para realizar este tipo de análisis) define cada factor dicotómicamente ya que establece en cada uno de ellos dos polos con sentido opuesto. La ordenación que realiza guarda un orden creciente por abajo (polo negativo) y decreciente por arriba (polo positivo), de forma que ambos tienden a unirse en la zona central del factor (que resulta ser la menos identificativa del mismo). En el procedimiento habitual, suelen definirse previamente las variables que serán identificadas por el programa como "activas", dejando el resto como "ilustrativas". Sin embargo, en este caso se decidió establecer todas las variables como "activas" en tanto que se pretendía identificar las que definirían a cada grupo.

A continuación se exponen los cinco factores obtenidos a través de este análisis:

*Factor 1:* Como puede apreciarse en la Tabla 1, en el polo superior de este factor se hallan principalmente las puntuaciones altas correspondientes al Cuestionario de Análisis Clínico, lo que pone de manifiesto la tendencia a manifestar diferentes alteraciones psicológicas. Igualmente, se encuentran entremezclados los valores bajos de las variables motivacionales, referidos principalmente a la ejecución de la conducta y a las expectativas.

En el polo inferior aparece el perfil justamente contrario, esto es, se hallan las variables motivacionales referidas a la ejecución y las expectativas en sus valores más altos, mientras que las variables referidas a las alteraciones psicológicas aparecen en sus puntuaciones más bajas.

Tabla 1. Variables que definen el Factor 1.

Nº	Modalidad de respuesta	Valor-test
1	Psicastenia <i>alta</i>	-7.21
2	Ejecución/reconocimiento social <i>baja</i>	-6.83
3	Expectativas/autodesarrollo <i>baja</i>	-6.55
4	Ejecución/autodesarrollo <i>baja</i>	-6.41
5	Culpabilidad-resentimiento <i>alta</i>	-6.33
6	Expectativa/seguridad <i>baja</i>	-6.21
7	Incentivo/autoconcepto <i>baja</i>	-6.11
8	Depresión baja energía <i>alta</i>	-6.07
9	Paranoia <i>alta</i>	-6.05
10	Ejecución/aceptación <i>baja</i>	-5.83
11	Expectativas/reconocimiento social <i>baja</i>	-5.77
12	Depresión suicida <i>alta</i>	-5.75
13	Hipocondriasis <i>alta</i>	-5.42
14	Esquizofrenia <i>alta</i>	-5.26
15	Expectativas/aceptación <i>baja</i>	-5.17
<b>ZONA CENTRAL</b>		
15	Culpabilidad-resentimiento <i>baja</i>	3.96
14	Satisfacción/autoconcepto <i>alta</i>	4.00
13	Ejecución/reconocimiento social <i>alta</i>	4.18
12	Incentivo/aceptación <i>alta</i>	4.30
11	Autoconcepto moral <i>alta</i>	4.33
10	Ejecución/seguridad <i>alta</i>	4.36
9	Incentivo/autodesarrollo <i>alta</i>	4.42
8	Apatía-retirada <i>baja</i>	4.65
7	Esquizofrenia <i>baja</i>	4.71
6	Hipocondriasis <i>baja</i>	4.75
5	Expectativas/seguridad <i>alta</i>	5.05
4	Ejecución/autodesarrollo <i>alta</i>	5.12
3	Incentivo/autoconcepto <i>alta</i>	5.31
2	Expectativas/autodesarrollo <i>alta</i>	5.45
1	Desajuste psicológico <i>baja</i>	6.17

**Factor 2:** En este caso, el polo superior se encuentra definido principalmente por variables referidas al autoconcepto en sus puntuaciones más altas. De igual modo, se encuentran incluidos los sujetos pertenecientes al seguimiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente (Grupo 5: Seguimiento Operados). El polo negativo describe la tendencia a presentar valores bajos en las variables de autoconcepto. Asimismo, se incluyen los sujetos pertenecientes al Grupo 1 (IAM) (Tabla 2).

**Factor 3:** El polo positivo de este factor queda definido por variables más dispersas que las anteriores. Así, se incluyen en él a los sujetos pertenecientes a dos grupos muestrales (G. 2: Operados

y G. 3: Sanos). Del mismo modo, también se hallan valores medios de diferentes variables. El polo negativo lo definirían principalmente los sujetos del Grupo 1 (IAM) y los niveles bajos de las variables del autoconcepto (Tabla 3).

**Factor 4:** Como se aprecia en la Tabla 4, el polo positivo de este factor viene definido por los sujetos que componen el Grupo 2 (Operados) y por valores altos de las variables motivacionales referidas principalmente a la satisfacción y los incentivos. Por su parte, el polo negativo de ese factor quedaría definido por los sujetos que integran el Grupo 3 (Sanos), así como por valores más dispersos en las variables motivacionales.

Tabla 2. Variables que definen el Factor 2:

Nº	Modalidad de respuesta	Valor-test
1	Autoconcepto comportamiento <i>alta</i>	-8.01
2	Varianza <i>baja</i>	-7.59
3	Autoestima <i>alta</i>	-7.16
4	Autoconcepto <i>alta</i>	-6.31
5	G. Seguimiento Operados	-6.02
6	Autoconcepto moral <i>alta</i>	-5.81
7	Incentivo/seguridad <i>baja</i>	-5.55
8	Incentivo/poder <i>baja</i>	-5.21
9	G. Seguimiento IAM	-5.00
10	Incentivo/reconocimiento social <i>baja</i>	-4.83
11	Incentivo/aceptación <i>baja</i>	-4.67
12	Satisfacción/seguridad <i>baja</i>	-4.52
13	Ejecución/autoconcepto <i>baja</i>	-4.47
14	Ejecución/poder <i>baja</i>	-4.39
15	Autoconcepto personal <i>media</i>	-4.30
<b>ZONA CENTRAL</b>		
15	Incentivo/aceptación <i>alta</i>	4.13
14	Incentivo/seguridad <i>alta</i>	4.17
13	Autoconcepto personal <i>alta</i>	4.34
12	Expectativas/seguridad <i>alta</i>	4.48
11	Incentivo/poder <i>alta</i>	4.51
10	Expectativa/autodesarrollo <i>alta</i>	4.52
9	Autoconcepto <i>baja</i>	4.71
8	Expectativas/reconocimiento social <i>alta</i>	5.24
7	Autoconcepto/comportamiento <i>baja</i>	5.55
6	Autoestima <i>baja</i>	5.58
5	Incentivo/reconocimiento social <i>alta</i>	6.08
4	Autoconcepto moral <i>baja</i>	6.35
3	Varianza <i>baja</i>	6.36
2	G. IAM	6.57
1	Expectativas/aceptación <i>alta</i>	6.66

Tabla 3. Variables que definen el Factor 3.

Nº	Modalidad de respuesta	Valor-test
1	Satisfacción/poder <i>baja</i>	-7.46
2	Grupo Operados	-6.63
3	Desviación psicopática <i>alta</i>	-5.81
4	Autoconcepto familiar <i>alta</i>	-5.78
5	Grupo Sanos	-5.21
6	Autoconcepto social <i>alta</i>	-5.15
7	Esquizofrenia <i>media</i>	-5.05
8	Varianza <i>alta</i>	-4.42
9	Incentivo/aceptación <i>media</i>	-4.39
10	Autoconcepto moral <i>alta</i>	-4.37
11	Satisfacción/autodesarrollo <i>baja</i>	-4.32
12	Apatía-retirada <i>media</i>	-4.30
13	Expectativas/autoconcepto <i>alta</i>	-4.21
14	Psicastenia <i>baja</i>	-4.00
15	Expectativas/autodesarrollo <i>alta</i>	-3.96
<b>ZONA CENTRAL</b>		
15	Ejecución/reconocimiento social <i>alta</i>	4.14
14	Paranoia <i>baja</i>	4.25
13	Satisfacción/poder <i>alta</i>	4.28
12	Expectativas/poder <i>baja</i>	4.31

Continúa..

11	Psicastenia <i>alta</i>	4.32
10	Activación/seguridad <i>alta</i>	4.70
9	Autoconcepto físico <i>baja</i>	5.06
8	Satisfacción/poder <i>media</i>	5.46
7	Satisfacción/autodesarrollo <i>alta</i>	5.54
6	Desviación psicopática <i>baja</i>	5.79
5	Autoconcepto moral <i>baja</i>	6.06
4	Ejecución/aceptación <i>alta</i>	6.11
3	Autoconcepto social <i>baja</i>	6.35
2	Grupo IAM	6.86
1	Autoconcepto familiar <i>baja</i>	6.89

Tabla 4. Variables que definen el Factor 4.

Nº	Modalidad de respuesta	Valor-test
1	Grupo Operados	-6.79
2	Satisfacción/autoconcepto <i>alta</i>	-6.39
3	Incentivo/autoconcepto <i>alta</i>	-5.59
4	Activación/seguridad <i>media</i>	-5.31
5	Incentivo/seguridad <i>media</i>	-4.33
6	Activación/aceptación <i>media</i>	-4.31
7	Incentivo/poder <i>alta</i>	-4.27
8	Autoconcepto social <i>alta</i>	-4.18
9	Expectativas/reconocimiento social <i>baja</i>	-3.80
10	Autoestima <i>alta</i>	-3.68
11	Incentivo/poder <i>media</i>	-3.45
12	Ejecución/autodesarrollo <i>baja</i>	-3.43
13	Expectativas/poder <i>alta</i>	-3.33
14	Incentivo/seguridad <i>alta</i>	-3.17
15	Autoconcepto familiar <i>alta</i>	-3.03
<b>ZONA CENTRAL</b>		
15	Incentivo/autoconcepto <i>media</i>	3.13
14	Satisfacción/reconocimiento social <i>media</i>	3.21
13	Incentivo/aceptación <i>media</i>	3.31
12	Ejecución/autodesarrollo <i>media</i>	3.33
11	Autoconcepto familiar <i>media</i>	3.56
10	Activación/poder <i>baja</i>	3.68
9	Hipocondriasis <i>baja</i>	3.82
8	Expectativas/reconocimiento social <i>alta</i>	4.52
7	Activación/aceptación <i>alta</i>	4.87
6	Activación/seguridad <i>baja</i>	4.94
5	Expectativas/aceptación <i>alta</i>	5.17
4	Satisfacción/autoconcepto <i>media</i>	5.50
3	Incentivo/poder <i>baja</i>	6.02
2	Incentivo/seguridad <i>baja</i>	6.07
1	Grupo Sanos	6.82

Factor 5: El polo positivo se define por los valores más bajos de las variables motivacionales referidas a la activación de la conducta. Por su parte, el polo negativo vendría definido por los sujetos

que integran el Grupo 5 (Seguimiento) y valores medio-altos de las variables motivacionales referidas a la activación de la conducta (Tabla 5).

Tabla 5. Variables que definen el Factor 5.

Nº	Modalidad de respuesta	Valor-test
1	Activación/reconocimiento social <i>baja</i>	-7.15
2	Activación/autoconcepto <i>baja</i>	-6.02
3	Satisfacción/seguridad <i>baja</i>	-4.87
4	Activación/aceptación <i>baja</i>	-4.65
5	Autoestima <i>media</i>	-4.35
6	Grupo IIM	-4.11
7	Agitación <i>baja</i>	-3.82
8	Activación/poder <i>baja</i>	-3.77
9	Incentivo/autodesarrollo <i>baja</i>	-3.72
10	Esquizofrenia <i>baja</i>	-3.70
11	Satisfacción/autodesarrollo <i>baja</i>	-3.69
12	Activación/autodesarrollo <i>baja</i>	-3.48
13	Autoconcepto comportamiento <i>medio</i>	-3.47
14	Activación/seguridad <i>alta</i>	-3.42
15	Grupo Operados	-3.26
<b>ZONA CENTRAL</b>		
15	Satisfacción/poder <i>alta</i>	3.12
14	Agitación <i>alta</i>	3.39
13	Satisfacción/reconocimiento social <i>alta</i>	3.40
12	Satisfacción/autodesarrollo <i>alta</i>	3.51
11	Paranoia <i>alta</i>	3.58
10	Grupo Sanos	3.84
9	Activación/autoconcepto <i>media</i>	3.98
8	Activación/autodesarrollo <i>alta</i>	4.00
7	Expectativas/reconocimiento social <i>alta</i>	4.01
6	Activación/reconocimiento social <i>media</i>	4.33
5	Activación/reconocimiento social <i>alta</i>	4.39
4	Satisfacción/seguridad <i>alta</i>	4.68
3	Incentivo/aceptación <i>baja</i>	4.89
2	Grupo Seguimiento Operados	5.37
1	Activación/aceptación <i>alta</i>	5.60

Una vez identificados los factores, el SPAD permite establecer clases o tipologías de sujetos tomando como referencia los factores determinados previamente. En el caso presente, el programa identifica cuatro clases, así como los polos de cada factor que las define de una manera más clara.

En la Tabla 6 se exponen los polos de los diferentes factores que identificarían a cada una de estas clases. a las que a partir de ahora, y para mayor claridad expositiva, se denominarán 1, 2, 3 y 4.

Como queda recogido, la clase 1 se define por el polo positivo de factor 1 y el polo negativo del factor 3; la clase 2 por el polo positivo del factor 3 y el polo negativo del factor 5; la clase 3 únicamente por el polo negativo de factor 1, y la clase 4 por el polo negativo del factor 2 y el polo positivo del factor 3. Son, por tanto, los factores 1, 2 y 3 los que mayor peso tienen en la definición de las clases.

Tabla 6. Representatividad de cada factor en la definición de las clases.

	Num. de sujetos que agrupa	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
CLASE 1	41	*4.43	2.23	*-8.04	-1.82	-0.09
CLASE 2	42	1.24	6.05	*6.55	0.25	*-3.18
CLASE 3	27	*-8.76	0.54	-1.42	1.18	0.69
CLASE 4	32	2.34	*-8.53	*4.11	0.62	2.23

De este modo, la clase 1 vendría definida por sujetos que manifiestan desajuste psicológico, con tendencia al estado de ánimo deprimido, pensamientos negativistas y culpabilidad. Igualmente, exhibirían un considerable descenso en sus motivaciones; más concretamente, en su capacidad de ejecución de conductas que potencien el autodesarrollo personal y las relaciones sociales, así como las expectativas de ese autodesarrollo. El polo negativo del factor 3 indicaría que estas características serían propias de los sujetos que conforman el grupo 1 (IAM) en los que, además, se encuentran valores bajos referidos a las áreas moral, social y familiar del autoconcepto.

Por su parte, la clase 2 estaría definida mayoritariamente por los sujetos que integran el grupo 2 (Operados) y 3 (Sanos). Ambos grupos tendrían en común el manifestar valores altos en las variables referidas al autoconcepto familiar y social, encontrándose una mayor variabilidad en las puntuaciones de otras áreas. El polo negativo del factor 5 señala que también se incluye un número considerable de sujetos pertenecientes al grupo 5 (Seguimiento Operados), compartiendo éste con los dos anteriores el mostrar valores altos en las variables de activación de la conducta, las expectativas de relaciones sociales y la satisfacción con la seguridad aportada por la situación actual.

La clase 3 se definiría únicamente por el polo negativo del factor 1, lo que habla de sujetos más estables psicológicamente y con niveles motivacionales más altos.

Por último, la clase 4 aglutinaría sujetos que, en general, presentan una mayor variabilidad en sus puntuaciones, manifestando así una escasa coherencia entre los diferentes valores evaluados.

Cabe destacar que, del total de 150 sujetos —o mediciones realizadas si se tienen en cuenta los retests—, el análisis de conglomerados (*clusters*) agrupa a un total de 142, es decir, que ocho de ellos tendrían puntuaciones en sus cuestionarios que no les permitiría clasificarse en ninguno de los grupos obtenidos.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos tras la realización tanto del análisis de correspondencias múltiples como el análisis de conglomerados ponen de manifiesto

la posibilidad de agrupar las puntuaciones dadas por los sujetos a las diferentes escalas y subescalas de los cuestionarios en cinco factores que, a su vez, definirían las diferentes clases. De este modo, y en líneas generales, puede decirse que los grupos obtenidos a través de las respuestas de los sujetos serían en gran parte coincidentes con los grupos establecidos a priori por los presentes autores en función del estado de salud.

La primera de las clases podría denominarse "mal ajuste a la enfermedad" ya que los individuos que agrupa se caracterizan por presentar diferentes reacciones emocionales cuyos valores extremos harían pensar en un posible cuadro patológico. Además, ponen de manifiesto una percepción muy negativa de sí mismos y unos niveles motivacionales muy bajos. El análisis encuentra que los sujetos que manifiestan con mayor frecuencia estas características serían aquellos que integran el grupo 1 (IAM). Esto significa que será entre los pacientes hospitalizados tras haber sufrido un IAM entre quienes se encontrarían las puntuaciones más extremas en todas las áreas, poniéndose de manifiesto no sólo que estarían más desajustados psicológicamente sino que el impacto de la enfermedad ha provocado una mayor alteración en otras facetas de su vida. Podría suponerse que los que alcanzan puntuaciones más extremas podrían presentar un tipo de personalidad premórbida que les hace mucho más susceptibles a la situación altamente estresante de la enfermedad.

Por su parte, la segunda clase se ha denominado aquí "adecuado ajuste a la enfermedad". Se halla en la misma una mayor variabilidad de los datos que, de modo general, ponen de manifiesto una percepción positiva de las áreas familiar y social del autoconcepto, así como unos niveles motivacionales medio-altos, sobre todo en los aspectos de activación de la conducta. Los sujetos de la muestra que compartirían estos resultados son los integrantes de los grupos 2 y 5 (Operados y Seguimiento Operados) y 3 (Sanos). Ello indica que los sujetos que se encuentran hospitalizados para ser sometidos a cirugía de revascularización, a pesar de manifestar un estado de ánimo más deprimido, estarían más centrados en la elaboración de planes de futuro que esperan llevar a cabo tras el tratamiento quirúrgico. Asimismo, parece que una convalecencia más

haría que los sujetos atendieran más a sus relaciones familiares y de amistad, mejorándolas y fortaleciéndolas. Todo ello hace que tengan una percepción muy positiva de tales áreas.

Igualmente, los pacientes convalcientes de la operación (grupo 5) expresan una mejoría general que repercute en una mejor y más positiva valoración tanto de sí mismos como de lo que les rodea. Es por esto que la evaluación realizada no difiere sustancialmente de la realizada por los sujetos que no han sufrido una enfermedad grave (Grupo 3).

La tercera de las clases vendría definida tan sólo por el polo negativo del factor 1. A este respecto, las variables agrupadas en dicho extremo harían referencia principalmente a sujetos altamente motivados, concretamente en el área de autodesarrollo personal. No especifica esta clase que los individuos que la integran pertenezcan a ningún grupo específico, por lo que en todos los grupos muestrales podría hallarse sujetos con dichos valores. Por ello, se decidió renombrar a esta clase como "Normalidad".

La cuarta y última clase establecida estaría definida por el polo positivo del factor 3 y el negativo del factor 2. Las variables incluidas en ambos extremos hacen referencia a un mayor desajuste entre las diferentes áreas evaluadas. Al mismo tiempo, se aprecia que los sujetos que compartirían estas características serían aquellos que pertenecen a los grupos 1 y 2 (IAM y Operados), aunque también se incluyen los sujetos del grupo 3 (Sanos). Así, se ve cómo, a pesar de manifestar una valoración muy positiva de las áreas social y familiar del autoconcepto, éste se encuentra afectado a niveles más generales, lo que repercute en otras facetas más personales, como la autoestima, el au-

toconcepto moral o el autoconcepto de su comportamiento.

Los valores referentes a las motivaciones indicarían que estos sujetos están más incentivados hacia una mejoría de las relaciones sociales desarrolladas en el ámbito laboral y hacia las que presentan unas elevadas expectativas. Al mismo tiempo, se encontrarían menos satisfechos con sus capacidades actuales para ejercer influencia en ese mismo ámbito. Debido a este desfase entre las diferentes áreas evaluadas, se optó por agrupar las variables que definen a dicha clase bajo el rótulo "Impacto de la enfermedad", ya que los componentes de la misma podrían estar haciendo referencia a una reacción primaria ante la situación de estrés generada por la aparición de la enfermedad (en el caso de los sujetos hospitalizados tras el IAM) o por la inminencia de la cirugía (en el caso de los sujetos hospitalizados para ser intervenidos).

Se concluye, por tanto, que existiría un alto porcentaje de sujetos que estarían bien agrupados a priori, es decir, en función de su enfermedad y momento de la misma. No obstante, los resultados obtenidos llevan a pensar que pueden encontrarse demasiadas características comunes entre los sujetos agrupados en función de su estado de salud. Como se ha observado, las clases del presente análisis se llevan a cabo con base en características psicológicas situacionales, las que pueden ser compartidas por sujetos que se encuentran en diferentes momentos de su enfermedad. Por ello, se considera imprescindible, para realizar una valoración global del enfermo, atender a sus características personales previas a la enfermedad y, en principio, más estables. Sin embargo, no puede obviarse que parece existir una evolución psicológica de ajuste a la enfermedad compartida por un amplio número de pacientes.

## REFERENCIAS

- Bennett, P., Mayfield, T., Norman, P., Lowe, R. y Morgan, M. (1999). Affective and social-cognitive predictors of behavioural change following first myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 4: 247-256.
- Bryant, B. y Mayou, R. (1989). Prediction of outcome after coronary artery surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(4): 419-427.
- Caine, N., Harrison, S.C., Sharples, L.D. y Wallwork, J. (1991). Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal*, 302: 511-516.
- Eriksson, J. (1988). Psychosomatic aspects of coronary artery bypass graft surgery. A prospective study of 101 male patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (Supplementum 340).
- Fernández S., J.L. (1987). *Escala de Motivaciones Psicosociales*. Madrid: TEA.

- Garanto, J. (1984). *Las actitudes hacia sí mismo y su medición*. Barcelona: Temas de Psicología.
- Havik, O. y Maeland, J. (1988). Verbal denial and outcome in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(2): 145-157.
- Havik, O. y Maeland, J. (1990). Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(3): 271-285.
- Karlsson, I., Berglin, E. y Larsson, P. (1998). Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery- a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6): 1383-2392.
- Klonoff, H., Clark, C., Kavanagh-Gray, D., Mizgala, H. y Munro, I. (1989). Two years follow-up study of coronary bypass surgery. Psychological status, employment status and quality of life. *Journal of Cardiovascular Surgery*, 97: 78-85
- Krug, S. (1980). *C.A.Q. Cuestionario de análisis clínico*. Madrid: TEA.
- Lespérance, F. y Frasur-Smith, N.F. (2000). Depression in patients with cardiac disease: a practical review. *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 379-391.
- Linden, W. (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 443-454.
- Mayou, R. (1986). Invited review the psychiatric and social consequences of coronary artery surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(3): 255-271.
- Mayou, R. (1991). Psychological consequences of a heart attack or cardiac surgery. *UPDATE*, 42(9): 861-864
- Mayou, R. y Bryant, B. (1987). Quality of life after coronary artery surgery. *Quarterly Journal of Medicine*, 62(239): 239-248
- Murray, G. y Beller, G. (1983). Cardiac rehabilitation following coronary artery bypass surgery. *American Heart Journal* 105(6): 1009-1016.
- Oakley, C. (1987). Is there life after coronary artery surgery?. *Quarterly Journal of Medicine*, 62(239): 181-182.
- Oldridge, N., Gottlieb, M., Guyatt, G., Jones, N., Streiner, D. y Feeny, D. (1998). Predictors of health-related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18(2): 95-103
- Oldridge, N., Guyatt, G., Jones, N., Crowe, J., Singer, J., Feeny, D., McKelvie, R., Runions, J., Streiner, D. y Torrance (1991). Effects of quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 67: 1084-1089.
- Riegel, B., Dracup, K. y Glaser, D. (1998). A longitudinal causal model of cardiac invalidism following myocardial infarction. *Nursing Research*, 47(5): 285-292.
- Swenson, J.R. y Clinch, J.J. (2000). Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 405-415.
- Sykes, D.H., Hanley, M., Boyle, D.M y Higginson, D. (2000). Work strain the post-discharge adjustment of patients following a heart attack. *Psychology and health*, 15: 609-623.
- Thornton, E.W. y Hallas, C.N. (1999). Affective status following myocardial infarction can predict long-term heart ability and blood pressure reactivity. *British Journal of Health Psychology*, 4: 231-245.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Sharpe, N. y Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5: 263-273.
- Wielgosz, A.T. y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 339-345.

# Psicología

# y salud

*Psychology and Health*

INSTITUTO  
DE INVESTIGACIONES  
PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD VERACRUZANA



VOLUMEN 12, NÚMERO 2  
JULIO-DICIEMBRE DE 2002

**EDITOR**  
Rafael Bullé-Goyri Minter

**EDITORA ADJUNTA**  
Laila Meseguer Posadas

**REVISORA TÉCNICA**  
Irene Marquina Sánchez

## COMITÉ EDITORIAL

Javier Beltrán Guzmán  
Araceli Brizzio de la Hoz  
Leticia Cufre Marcheto  
Yamilet Ehrenzweig Sánchez  
Zoila Edith Hernández Zamora  
María Luz Márquez Barradas  
Julio Ortega Bobadilla  
Godeleva Rosa Ortiz Viveros  
Lourdes Pérez Rosiles

## EDITORES ASOCIADOS

Gualberto Buela-Casal. *Universidad de Granada (España)*  
Carlos M. Contreras. *Universidad Veracruzana*  
Benjamín Domínguez Trejo. *Universidad Nacional Autónoma de México*  
Luis Flórez Alarcón. *Universidad Católica de Colombia (Colombia)*  
María de Jesús Froján Parga. *Universidad Autónoma de Madrid (España)*  
Selma González Serratos. *Universidad Nacional Autónoma de México*  
Jorge Grau Abalo. *Instituto Nacional de Radiología y Oncología (Cuba)*  
Berenice Ibañez Brambila. *Colegio de la Frontera Norte*  
María Elena Medina Mora. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*  
Graciela A. Mota Botello. *Universidad Nacional Autónoma de México*  
Julio Alfonso Piña López. *Secretaría de Salud del Estado de Sonora*  
Emilio Ribes Iñesta. *Universidad de Guadalajara*  
Haydeé Rosovsky. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*  
Juan José Sánchez Sosa. *Universidad Nacional Autónoma de México*  
José Santacreu Mas. *Universidad Autónoma de Madrid (España)*  
Rafael Velasco Fernández. *Universidad Veracruzana*  
Ricardo Werner Sebastiani. *Universidad de Sao Paulo (Brasil)*

## UNIVERSIDAD VERACRUZANA

*Víctor A. Arredondo*  
Rector

*Raúl Arias Lovillo*  
Secretario Académico

*Jesús García López*  
Secretario de Administración y Finanzas

*José Luis Rivas Vélez*  
Director General Editorial

# SUMARIO

Volumen 12, Número 2  
Julio-diciembre de 2002

El papel de la inteligencia emocional en el rendimiento académico <i>Alejandra Cruz Martínez, Yolanda Olvera López, Benjamín Domínguez Trejo y José Cortés Sostres</i> .....	159
Validación en México de un cuestionario de actitudes hacia la menstruación dirigido a adolescentes posmenarcas <i>María Luisa Marván Garduño y María Molina Abolnik</i> .....	173
Percepción de los estilos parentales y bienestar psicológico <i>Nélida Asili Pierucci y Rosa Luz Prats Beltrán</i> .....	179
Los programas de intervención contra el alcoholismo <i>César Aburto Galván</i> .....	189
Covariación del consumo de alcohol con otras conductas de salud en adolescentes y factores psicosociales asociados <i>Ana María Carrasco González</i> .....	203
Comportamientos instrumentales de riesgo y motivos subyacentes: su relación con el VIH/sida <i>Julio Alfonso Piña López, Humberto de la Cruz Moreno y Francisco Javier Obregón Salido</i> .....	219
Análisis de las repercusiones emocionales y psicológicas de la enfermedad coronaria y su tratamiento quirúrgico <i>Carmen Santín Vilariño, Esperanza Torrico Linares, Miguel Ángel Gómez Vidal y María José López López</i> .....	227
Efectos moduladores de la situación laboral y psicosocial sobre la presión arterial <i>Rodolfo E. Gutiérrez, Emily Ito Sugiyama y Carlos C. Contreras-Ibáñez</i> .....	239
Factores psicosociales asociados a la dispepsia no ulcerosa <i>Stefano Vinaccia, Sergio Tobón, Francisco Martínez Sánchez y Bonifacio Sandín</i> .....	253
Relación entre el comer en exceso y el manejo de las emociones: una experiencia con estudiantes <i>Dinorah León Córdoba, Ana Estela Kai Cacho y Martha Hilda Cruz Morales</i> .....	261
La atención de la salud del adulto mayor <i>Zoila Edith Hernández Zamora</i> .....	264