0 1962
2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología
División de Estudios de Posgrado

LA RELACION DE PAREJA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

MARITAL RELATIONSHIP AS RISK FACTOR OF ISCHEMIC CARDIOPATHY

T E S I S

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
p r e s e n t a

LIC. RUTH ARACELY LOPEZ ACEVES
Director de tesis: Dr. Juan José Sánchez Sosa

SINODALES ASIGNADOS:
Mtro. Samuel Jurado Cárdenas
Mtro. Fernando Vázquez Pineda
Mtro. Ariel Vite Sierra
Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa
Asesor Metodológico y Estadístico
Lic. Ma. de Lourdes Monroy Tello

México, D. F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264489

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADEZCO A LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES POR EL APOYO PROPORCIONADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS:

- **A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS DEL PERSONAL ACADÉMICO DE LA UNAM** por haberme favorecido con su programa de becas.

- **AL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PETRÓLEOS MEXICANOS**, en especial al **SERVICIO DE CARDIOLOGÍA** dirigido por el **DR. BENJAMIN CAMACHO**, quien me permitió realizar mis prácticas profesionales de la Maestría en Psicología Clínica. Doy un reconocimiento especial al **DR. ARTURO OREA**, por su idea original para la realización de esta investigación.

- **AL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE" DEL ISSSTE**, en especial al **SERVICIO DE CARDIOLOGÍA** dirigido por el **DR. EDUARDO MEANEY** quien me permitió contactarme con los pacientes que participaron en la muestra. Doy un agradecimiento especial al **DR. FEDERICO GLORIA**, por su apoyo académico.

- **A LAS ESCUELAS "GENERAL FELIPE ÁNGELES"** CLAVE: 21-1135-171-23-X-028 y **"DR. MIGUEL SILVA"** CLAVE: 21-1132-171-23-X-028 y a sus directoras: **PROFA. ISABEL ROSALES MONTAÑO** y **PROFA. GUADALUPE VARGAS SÁNCHEZ**, respectivamente, quienes me permitieron contactar con un buen porcentaje de la muestra que fungió como grupo control.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES A:

DOCTOR JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA, por su apertura, asesoría y comentarios constructivos.

MAESTRO FERNANDO VÁZQUEZ, por su amistad y apoyo teórico-metodológico.

PROFESOR ALBERTO MARTÍNEZ RAÑO, por su entusiasmo y sus recuerdos.

SEÑORA ROSA MA. ACEVES SAÍNOS, por tu amor incondicional.

FAMILIA LÓPEZ ACEVES, sigamos juntos en las buenas y en las malas.

FAMILIA MORA LÓPEZ, gracias por su apoyo cuando más lo necesité.

FAMILIA ESCÁRCEGA REYES, por su ayuda incondicional.

A todos aquellos que significan algo en mi vida y
que sólo puedo mirarlos a través de mi corazón.

Porque alguien me escucha y quiere descubrir
el enigma de los malestares de mi cuerpo,
estos malestares cobrarán un sentido en
mi historia; tal vez así podrán desaparecer
alguna vez.

J. D. NASIO

Toda afección de la mente asociada a placer
o dolor, esperanza o temor, es causa de agitación
cuya influencia llega hasta el corazón

W. HARVEY

ÍNDICE

RESUMEN *6*

ABSTRACT *7*

INTRODUCCIÓN *8*

CAPÍTULO UNO: A PROPÓSITO DEL CORAZÓN *12*
EL CORAZÓN 16
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA 22
FACTORES DE RIESGO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA 27
INFARTO AL MIOCARDIO 33

CAPÍTULO DOS: EL HOMBRE VIVIENDO EN PAREJA *39*
LA PAREJA 45
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTABILIDAD DE LA PAREJA 53
MODELOS TEÓRICOS DEL ARREGLO MARITAL 57
Modelo Psicodinámico del Arreglo Matrimonial 58
Modelo de Aprendizaje Social del Arreglo Matrimonial 60
Modelo Humanista del Arreglo Matrimonial 61
PREVENCIÓN 63
Programas de Mejoramiento de las Relaciones Premaritales 63
Encuentros Maritales 64
Programa de Enriquecimiento Marital 65
DESAFÍOS Y NUEVAS DIRECCIONES 66
Poblaciones Especiales 66
Amor e Intimidad 67
Predictores Fisiológicos de la Satisfacción Marital 67

CAPÍTULO TRES: METODOLOGÍA *70*
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 70
HIPÓTESIS 70
VARIABLES DE ESTUDIO 71
OBJETIVOS 71
SUJETOS 72
MUESTREO 73
INSTRUMENTO 73
DISEÑO 74
TIPO DE ESTUDIO 75
PROCEDIMIENTO 75

CAPÍTULO CUATRO: RESULTADOS *77*
CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS 77
DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS 87
CORRELACIÓN DE VARIABLES ENTRE GRUPOS 97

CAPÍTULO CINCO: DISCUSIÓN *101*
LIMITACIONES 111
De los sujetos 111
Del instrumento 114
Del ambiente médico 115
SUGERENCIAS 119

CAPÍTULO SEIS: CONCLUSIÓN *122*

APÉNDICE A: INSTRUMENTO *126*
Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

APÉNDICE B: TABLAS DE CORRELACIONES *144*
Correlaciones significativas entre la Relación de Pareja y Crianza. Grupo Isquémico 144
Correlaciones significativas entre la Relación de Pareja y Crianza. Grupo Control 148
Correlaciones significativas entre la Relación de Pareja y Queja Somática. Grupo Isquémico 152
Correlaciones significativas entre la Relación de Pareja y Queja Somática. Grupo Control 155

REFERENCIAS *160*

RESUMEN

En 1970 la OMS ratifica que la enfermedad cardiaca es un serio problema de salud pública en virtud de que las investigaciones de los últimos 20 años, coinciden en señalar que muchos problemas cardiovasculares tienen al comportamiento humano como componente central de riesgo, por lo tanto los investigadores en el área de la salud deben investigar y analizar las posibles vías para su tratamiento.

Estas vías deben marchar tanto por los caminos físicos como psicológicos de esta patología y por consiguiente estudiar los factores de riesgo que de ellos se derivan. Podemos estar de acuerdo en que si bien, en cuanto a los factores de riesgo físico, los investigadores no llegan a conciliar criterios de influencia e importancia es difícil esperar lograrlo con los psicológicos. Por esta razón a los psicólogos corresponde ir avanzando a paso lento y firme por las derivaciones psíquicas de las enfermedades que, aún hace apenas pocas décadas, se consideraban sólo del dominio médico.

La presente investigación se propuso avanzar en este campo y se trabajó con 100 pacientes con Cardiopatía Isquémica (confirmada por un médico cardiólogo y por técnicas intervencionistas) del Hospital Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos y del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. Estos sujetos se encontraron dentro del rango de edad de 35 a 75 años y presentaron una historia de vida en pareja. A cada uno de ellos se les aplicó de forma individual el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC), con el fin de indagar las características de su forma de vida en pareja.

De esta manera, se buscó investigar si la forma de relacionarse en pareja (variable de estudio) de estos individuos puede llegar a ser un factor de riesgo para adquirir esta patología cardiaca (variable de estudio).

Para conocer si existe esta influencia se trabajó paralelamente con un grupo control de 100 hombres cuyas edades fluctuaban entre los 35 y 75 años, que poseían una historia de vida en pareja, que no habían experimentado ninguna enfermedad grave en los últimos seis meses y que no habían sufrido de ninguna enfermedad cardiaca. A este grupo también se les aplicó el SEViC.

El análisis estadístico dio a conocer que existen diferencias significativas entre el grupo isquémico y el control encontrando que el primer grupo siente que su relación de pareja es menos satisfactoria y que es vivenciada más estresantemente y que esta característica puede ser, junto con otros factores predisponentes, un factor de riesgo para adquirir la cardiopatía isquémica. No se abordó la direccionalidad de los resultados en este estudio por lo que se sugiere que, en posteriores estudios, se precise si la cardiopatía isquémica es la causa de la mala relación de pareja.

ABSTRACT

As a result of the research carried out in the past 20 years, the outcome of which has led to identifity numerous cardiovascular problems as the direct result of human behaviour, in 1970 the World Health Organization ratified heart disease as a serious public health problem. This should therefore, lead researchers analyze both prevention and treatment interventions. Such efforts should comprise both the physical and the psychological aspects of this pathology, and the corresponding risk factors should also be studied. It can be accepted that, when it comes to physical risk factors, researchers do not seem to be able to agree on the influenceing factors and their importance. It is up to the psychologists to work and make progress within the psychological framework of the disease, wich, until recently had been looked upon as the sole domain of medical experts. This research project was conducted to address this latter issue. One hundred ischemic cardiopathic patients, thus confirmed by a cardiologist, were surveyed while hospitalized. These individuals were between 35 - 75 years old and were know to have had a steady relationship. In order to explore the characteristics of their current relationship, subject were given the Health, Life Style, and Behaviour Inventory (SEViC). This was done to determine whether these individuals' marital relation could be identified as a potentially cardiopathic risk facto. A 100-men control group, whose ages varied between 35 - 75 years, was also surveyed. These subjects were also reported to have been involved in a steady relationship with their supouses, and no serious disease (especially cardiopathic ones) had affected either one of them in the previous 6 months. The SEViC was also applied to the latter group. Statistical analysis revealed significant differences between both groups. The ischemic patients reported they felt their relationship to be less satisfactory and more stressing. Such a conception can, together with other factors, become a risk factor leading to cardiopathic ischemia. The directionaly of the results was not assessed which is why further research should address the issue of whether cardiopathic isquemia can be considered as predictor of poor marital relations or whether marital stress contributes to heart disease.

INTRODUCCIÓN

Vivir en una gran urbe como es la Cd. de México, abre y enfrenta a un sin fin de condiciones ambientales que desencadenan estrés cotidiano; y éste como contemporánea caja de Pandora libera nuevos males.

Al respecto se menciona que muchos epidemiólogos han estudiado la distribución y frecuencia de las enfermedades cardiacas desde hace muchas décadas y en muchas culturas.

Los datos que han encontrado sugieren que la enfermedad cardiaca coronaria se está extendiendo y se convierte en una enfermedad de las sociedades modernas, de esta forma la incidencia del aumento de la enfermedad cardiaca está relacionada con los avances tecnológicos de algunos países en comparación con otras naciones no desarrolladas (Susser, Hopper y Richman, 1983; citado en Sarafino, 1994).

Así, las enfermedades cardiacas son una muestra de las manifestaciones de la modernidad y de la cosificación de las relaciones interpersonales, que se traducen en la proliferación de este tipo de enfermedades y de toda una gama de padecimientos psicosomáticos.

Esta situación motiva la búsqueda de alternativas efectivas y más actualizadas para enfrentar esta nueva concepción de enfermedad. De esta forma, una de las evidencias más contundentes para que los ojos del trabajador de la salud se posen en alternativas psicológicas, es que el 8.9% de todas las consultas de primera vez en centros de salud de la Ciudad de México, contienen quejas de naturaleza psicológica. (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

La evolución de la medicina psicosomática es manifiesta en el traslapamiento entre la medicina cardiovascular y la medicina conductual. El enfoque tradicional del pensamiento psicosomático hacia los antecedentes psicodinámicos y psicofisiológicos de algunos trastornos discretos, ha dado paso ahora a un interés global por una multitud de cuestiones clínicas límites entre la psiquiatría y la cardiología.

Por su parte, el infarto del miocardio es la enfermedad más representativa de nuestra época y se ha calculado que por cada crisis mortal hay dos que no lo son, convirtiéndose así los enfermos crónicos, en sujetos con limitaciones más o menos importantes en su capacidad de trabajo físico y no pocas veces con secuelas del traumatismo psíquico que produce el saberse cardíaco.

A la evaluación de la psicopatología de la enfermedad cardiaca y a su tratamiento, es fácil que el enfermo los relacione con la ansiedad, sobre todo por el propio trastorno ansioso (esto quizá porque, en general, el corazón se considera como el órgano corporal más importante y debido a la idea de que la muerte repentina suele asociarse a él) pero también por los cambios mentales producidos por los medicamentos cardiovasculares y la cirugía de este sistema.

Esta situación hace que el infarto del miocardio cobre una importancia tal, que en 1970 se decide considerarlo como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud. (Beltrán, 1983).

Por otro lado, se ha demostrado que el estrés que provoca angustia tiende, a través de una acción prolongada sobre el sistema nervioso vegetativo, a alterar gravemente la regulación autónoma del cuerpo, con las resultantes manifestaciones de síntomas que se refieren a diversos órganos viscerales vegetativos.

En algunos textos se encuentran relaciones estrechas entre los factores psicológicos y la respuesta física. Por ejemplo se menciona que el estrés aumenta la frecuencia de los latidos cardiacos, el gasto cardiaco y la presión sanguínea, así como provoca cambios en el ritmo y en el electrocardiograma.

Aún más, a partir de los datos clínicos, en general se supone que el estrés que produce cambios emocionales contribuye al desarrollo de la enfermedad arterial coronaria, de angina de pecho, de infarto miocárdico, y a la expresión de estos trastornos en diversas formas de insuficiencia cardíaca (Kolb, 1983. Sin lugar a dudas el padecimiento cardíaco, al relacionarse con defectos adaptativos enclaustrados en el dinamismo psíquico, repercuten en el campo psicológico y, por tanto, la explicación de aquellos factores que lo predisponen también pueden encontrar respuesta en esta ciencia.

Por su parte, el infarto del miocardio es la enfermedad más representativa de nuestra época y se ha calculado que por cada crisis mortal hay dos que no lo son, convirtiéndose así los enfermos crónicos, en sujetos con limitaciones más o menos importantes en su capacidad de trabajo físico y no pocas veces con secuelas del traumatismo psíquico que produce el saberse cardíaco.

A la evaluación de la psicopatología de la enfermedad cardiaca y a su tratamiento, es fácil que el enfermo los relacione con la ansiedad, sobre todo por el propio trastorno ansioso (esto quizá porque, en general, el corazón se considera como el órgano corporal más importante y debido a la idea de que la muerte repentina suele asociarse a él) pero también por los cambios mentales producidos por los medicamentos cardiovasculares y la cirugía de este sistema.

Esta situación hace que el infarto del miocardio cobre una importancia tal, que en 1970 se decide considerarlo como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud. (Beltrán, 1983).

Por otro lado, se ha demostrado que el estrés que provoca angustia tiende, a través de una acción prolongada sobre el sistema nervioso vegetativo, a alterar gravemente la regulación autónoma del cuerpo, con las resultantes manifestaciones de síntomas que se refieren a diversos órganos viscerales vegetativos.

En algunos textos se encuentran relaciones estrechas entre los factores psicológicos y la respuesta física. Por ejemplo se menciona que el estrés aumenta la frecuencia de los latidos cardiacos, el gasto cardiaco y la presión sanguínea, así como provoca cambios en el ritmo y en el electrocardiograma.

Aún más, a partir de los datos clínicos, en general se supone que el estrés que produce cambios emocionales contribuye al desarrollo de la enfermedad arterial coronaria, de angina de pecho, de infarto miocárdico, y a la expresión de estos trastornos en diversas formas de insuficiencia cardíaca (Kolb, 1983. Sin lugar a dudas el padecimiento cardíaco, al relacionarse con defectos adaptativos enclaustrados en el dinamismo psíquico, repercuten en el campo psicológico y, por tanto, la explicación de aquellos factores que lo predisponen también pueden encontrar respuesta en esta ciencia.

Este es un amplio campo y se necesita seccionarlo para poder conocerlo; por esta razón, de toda la gama de cardiopatías, se seleccionó a la isquemia como la población a investigar, dada su importancia al ocupar el primer lugar en la tasa de mortalidad del país (INEGI, 1997) y a la relación de pareja como el factor de riesgo psicológico que puede provocarla, aunque al ser un estudio exploratorio, es necesario recordar que los datos no se trabajaron al grado de precisar si la provoca o es efecto de la misma cardiopatía, esta labor se sugiere para futuras investigaciones.

Adicionalmente se buscó realizar la instrumentación necesaria para esclarecer y reducir, en lo posible, la diferencia entre los enfoques físico y psicológico de esta patología humana.

Lo anterior hace reconocer que el problema dominante es que todavía, a pesar de los estudios realizados, no se conocen los mecanismos básicos que subyacen a la cardiopatía isquémica y que por lo tanto, es necesario desarrollar, sin retraso, programas de investigación que lleven a su esclarecimiento.

Los pacientes reportados están en edad productiva lo que afecta invariablemente la economía nacional dada la pérdida de la mano trabajadora y el gasto médico institucional que esto ocasiona.

De esta forma el factor de riesgo que se pretende investigar es el tipo de relación de pareja que establece el enfermo con su esposa (o compañera). Al parecer, poco se ha investigado sobre esta diada y al respecto y como factor de riesgo psicológico sólo se ha reportado que la relación que afecta más a estos pacientes es la paterna (Kaplan, 1989) que, no es posible dejar de mencionarlo, es el patrón que marca la búsqueda de la futura pareja y por ende hereda el esquema patológico de la relación.

Para indagar esta interacción se utilizó el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993) el cual se aplicó tanto al enfermo con isquemia y a un grupo control compuesto por sujetos sin complicaciones de salud en general y cardiacas en particular y que a su vez tienen una historia de vida en pareja.

El Instrumento compuesto por 216 reactivos explora:

a) Problemas Psicológicos.
b) Factores o estilos familiares de crianza y desarrollo del individuo y
c) Datos sociodemográficos (Sánchez-Sosa, Jurado-Cardénas y Hernández-Guzman, 1992).

El Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) contiene reactivos con formato de escala con cinco opciones de respuesta a cada reactivo y se divide en dos secciones.

La primera consta de 98 reactivos que exploran el deterioro de la salud psicológica, en términos de problemas adaptativos frecuentes, tales como dificultades al relacionarse interpersonalmente, percepciones distorsionadas del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, incomodidad subjetiva, preocupaciones o miedos irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere con el funcionamiento adecuado, práctica de actividades objetables por quienes rodean a la persona, y desviaciones de conducta que suelen conducir a sanciones sociales severas.

La segunda sección consta de 106 reactivos que recolectan datos sobre variables de interacción familiar, crianza y otras variables interactivas en condiciones normales.

Finalmente, 14 reactivos exploran las principales características sociodemográficas de los participantes.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten descubrir que el enfermo con cardiopatía isquémica percibe su relación de pareja de forma más estresante e insatisfactoria que el grupo control, éstas son determinantes para sugerir la necesidad de fomentar el establecimiento de acciones terapéuticas preventivas en las instituciones de salud.

Este es sólo un principio y los resultados pueden dar claridad para, a futuro:

a) Proponer alternativas de la terapéutica psicológica ante la rehabilitación de este paciente y

b) Fomentar el establecimiento de acciones psicológicas preventivas institucionales, para la población.

I

A PROPÓSITO DEL CORAZÓN

El diseño físico de la complexión de cada organismo tiene que enfrentarse con un problema básico: ¿Cómo puede el cuerpo humano servir a sus células -distribuyendo las sustancias que ellas necesitan para funcionar adecuadamente y remover los desechos que el metabolismo produce? En el hombre, este problema se resuelve al poseer un **SISTEMA CARDIOVASCULAR** que transporta esos materiales.

La sangre circula a través de los **vasos sanguíneos** -capilares, arterias y venas- dentro de un sistema cerrado, en el cual la sangre no está directamente en contacto con las células y los tejidos a los que sirve. Toda la transportación de oxígeno, nutrientes, productos de desecho y otras sustancias, ocurren a través de membranas que están separadas por espacios llenos de fluidos.

El cuerpo de un adulto contiene entre 4.5 y 6 litros de sangre, y los hombres en promedio, tienen alrededor de 10% más sangre que la que poseen las mujeres (McClintic, 1985; citado en Sarafino, 1994).

La sangre tiene las siguientes funciones importantes:

1. Suministra a células y tejidos, nutrientes y oxígeno para su crecimiento, reparación y otras actividades vitales.
2. Transporta los productos de desecho del metabolismo celular, incluyendo bióxido de carbono, hacia los órganos excretores por donde son eliminados.
3. Sus glóbulos blancos, anticuerpos y otras sustancias protectoras constituyen una defensa importante contra enfermedades y lesiones.
4. Ayuda distribuyendo uniforme y rápidamente calor almacenado en los fluidos del cuerpo.

5. Al bañar este fluido, las células y tejidos del organismo, regula el contenido de agua, ácidos, bases y sales de todos los tejidos inclusive de ella misma, ejerciendo al mismo tiempo un efecto significativo sobre las concentraciones osmóticas de todo el cuerpo.
6. Transportando las secreciones de las glándulas endocrinas, las hormonas, tan necesario para la regulación y coordinación de las actividades de las diversas células y tejidos.
7. Manteniendo su propia integridad y composición, evitando su salida del complejo mecanismo circulatorio cerrado.

Ahora bien, ¿de qué está hecha la sangre y cómo es que su composición afecta su densidad? Un primer acercamiento para contestar esta pregunta es reconocer cada uno de sus componentes, estos son dos: los **componentes estructurales** y el **plasma**, a continuación se revisarán cada uno de ellos.

Componentes estructurales.

La sangre es un fluido muy complejo, bastante homogéneo, compuesto de gran variedad de sustancias orgánicas e inorgánicas, disueltas y en suspensión; así como de tres tipos de células *glóbulos rojos* (eritrocitos), *glóbulos blancos* (leucocitos) y *plaquetas*. La presencia de estas células explica que se trate a la sangre como tejido.

1. **Glóbulos rojos:** Son las células más abundantes de la sangre -hay cerca de 5,400,000 de ellas por milímetro cúbico de sangre en el hombre adulto, comparados con 4,800,000 en la mujer (Nason, 1979). Se forman en la médula ósea y tienen un período de vida de entre tres a cuatro meses. El eritrocito humano tiene una estructura formada a base de lípidos, proteínas y hemoglobina. El pigmento rojizo llamado **hemoglobina,** es una proteína que fija el oxígeno y que transporta sus elementos a las células del cuerpo y a los tejidos, siendo ésta la que le da color a la sangre. Los glóbulos rojos tienen la propiedad de fijar el oxígeno molecular disuelto y de cederlo cuando la concentración o presión del oxígeno del medio es menor. De esta manera, la sangre toma el oxígeno de los pulmones y lo transporta a todos los órganos del cuerpo cediéndolo a las células. Una de las condiciones anormales de la sangre y la hemoglobina es la anemia. Este término se usa para describir cualquier condición en la cual los glóbulos rojos o hemoglobina por célula, están en cantidad menor que la normal. Algunas de las situaciones que pueden originar esta descompensación son: la pérdida excesiva de glóbulos como resultado de lesiones; o puesto que casi todo el hierro de la sangre está en los glóbulos como parte de la hemoglobina, una dieta deficiente de este mineral causará también una anemia.

2. **Glóbulos blancos:** También se les conoce como leucocitos. Los glóbulos blancos se producen en la médula ósea, el bazo y el hígado. Aunque existen normalmente varios miles de leucocitos por milímetro cúbico en la sangre de los adultos, son el componente estructural menos abundante. Cada uno de los cinco tipos de leucocitos tienen una función protectora especial -por ejemplo algunos engullen o fagocitan a algunas bacteria. Una vez que ingieren los microorganismos, son destruidos probablemente por acción de enzimas digestivas o hidrolizantes. Sin embargo, ciertas bacterias patógenas pueden ser fagocitadas, más no destruidas, y continúan viviendo y aún multiplicándose dentro del leucocito. El cual puede servir como medio de diseminación del agente patógeno. Cantidades anormales de glóbulos blancos en la sangre pueden provocar enfermedades como la leucemia. Este es un padecimiento maligno que se caracteriza por el aumento incesante, frecuente e incontrolable de los leucocitos (más de un millón por milímetro cúbico). Esta condición, eventualmente es fatal, se acompaña de anemia debido a que las células de la médula ósea que producen normalmente eritrocitos son desplazadas por células leucémicas (Nason. 1979).
3. **Plaquetas:** Son fragmentos ovales y pequeños de células especializadas de la médula ósea. Existen aproximadamente 250,000 por milímetro cúbico de sangre y desempeñan un papel fundamental en la formación del coágulo sanguíneo o trombo (Nason, 1979). Su actividad metabólica es igual o muy semejante a la de los glóbulos blancos. Son muy frágiles y aparentemente tienen un ciclo vital de 10 días aproximadamente. El mecanismo de coagulación se inicia por lesión de un tejido, tal como corte de un vaso sanguíneo, y se logra por la intervención de una enzima específica, la trombina que actúa sobre el fibrinógeno, catalizando su conversión al estado de gel. El coágulo sanguíneo permanece como costra hasta que el daño es reparado, desprendiéndose después. La coagulación normal de la sangre tiene la función de conservar la vida previniendo la pérdida de este importante fluido del cuerpo. Una de las manifestaciones anormales de la coagulación la encontramos en la hemofilia. Esta es una enfermedad hereditaria causada por un gene recesivo ligado al sexo y que se manifiesta más en el sexo masculino que en el femenino. Se caracteriza por una acentuada lentitud de la coagulación, algunas veces por varias horas, ocasionando severas hemorragias a partir de heridas o raspones insignificantes.

Plasma

Es una sustancia líquida que abarca cerca del 55% de toda la sangre. Cerca del 90% del plasma es agua, el resto contiene proteínas y elementos orgánicos e inorgánicos. Las proteínas se clasifican en: sereoalbúminas, seroglobulinas y fibrinógeno.

La seroglobulinas se han separado en varias fracciones llamadas alfa, beta y gamma globulinas. Las proteínas del plasma desempeñan varias funciones clave. Además de conferir inmunidad y servir de transporte a las moléculas pequeñas llevadas por la sangre, son las responsables del mantenimiento de la concentración osmótica de la misma, puesto que aquéllas no salen de ésta a las células y tejidos que las rodean. De esta manera contribuyen al mantenimiento de la presión sanguínea y al equilibrio hídrico entre el plasma y los fluidos tisulares.

Aunque el resto de elementos en el plasma constituyen sólo un pequeño porcentaje de su volumen, son sustancias extremadamente importantes. En ellas se incluyen hormonas, enzimas y productos de desecho. También existen nutrientes, derivados de la digestión como por ejemplo: vitaminas, minerales, azúcares simples, aminoácidos y materiales grasos.

El material graso se presenta como una amplia gama de sustancias en la sangre, se les llama lípidos. Dos de estos materiales grasos son los triglicérido y el colesterol.

Los triglicérido son un material hecho de glicerol y un ácido graso y es el lípido más abundante en el cuerpo. Algunos de los ácidos grasos en los triglicérido son altamente hidrogenados y se les llama saturados. Usualmente son sólidos a la temperatura ambiente y en común son derivados de las grasas animales. A otros ácidos grasos se les conocen como insaturados o poliinsaturados. Se les encuentra en forma líquida a temperatura ambiente y se derivan de las plantas.

El colesterol es una sustancia grasa que se pega a las paredes de las arterias a la misma vez que angosta las arterias. Aunque mucho del colesterol en la sangre es procesado por el cuerpo, el resto proviene de los alimentos.

La comida grasosa altamente saturada tiende a incrementar los niveles de colesterol en la sangre, de este modo se suma un problema; es decir la acumulación de parches o placas de grasa en las paredes de las arterias, a este fenómeno se le conoce con el nombre de **ateroesclerosis**.

Estas placas tienden a hacerse más duras. Este es el proceso más común que hace que se reduzca el diámetro y la elasticidad de las arterias -a esta condición se le llama **arteroesclerosis**. Lo angosto y duro de las arterias incrementa la presión sanguínea. Aunque la arteroesclerosis es un problema que se incrementa en la edad adulta, las placas pueden formarse en edades tempranas.

Habiendo revisado un poco más el papel de este líquido corporal, se ha preparado el terreno para describir de forma más detallada la imprescindible participación del **Corazón** dentro de este Sistema.

EL CORAZÓN

El corazón es el centro del sistema cardiovascular. Metafóricamente, el corazón es una bomba hecha de músculos que circulan la sangre a través del cuerpo. La porción muscular de la pared del corazón se llama **miocardio.**

El interior del corazón humano se divide en cuatro cavidades. Dos cavidades superiores llamadas **aurículas** y las dos inferiores llamadas **ventrículos.** La mitad derecha está constituida por una cavidad receptora (aurícula derecha) y por una cavidad bombeante (ventrículo derecho). La aurícula recibe la sangre venosa que llega al corazón desde todas las partes del cuerpo.

Esta sangre, que fluye a través de unos vasos llamados venas, llega pobre en contenido de oxígeno. El ventrículo derecho del corazón toma la sangre venosa que viene de la aurícula derecha y la bombea hacia los pulmones por medio de la arteria pulmonar.

La sangre, mientras permanece en los pulmones, absorbe parte del oxígeno que hay en el aire que se respira continuamente convirtiéndose en sangre arterial, dirigiéndose inmediatamente hacia la mitad izquierda del corazón por medio de las venas pulmonares (que son las únicas que transportan sangre oxigenada, "limpia").

La aurícula izquierda recibe esa sangre ya oxigenada y la deja caer de modo rítmico y suave en el ventrículo izquierdo; esta resistente y duradera bomba expele la sangre con considerable fuerza dentro de la aorta, la arteria más grande del cuerpo, desde donde pasa, por el resto de las arterias, a irrigar todo el organismo.

El interior del corazón y la forma en que circula la sangre a lo largo de todo el sistema vascular puede revisarse de forma resumida y esquemática en la Figura 1.

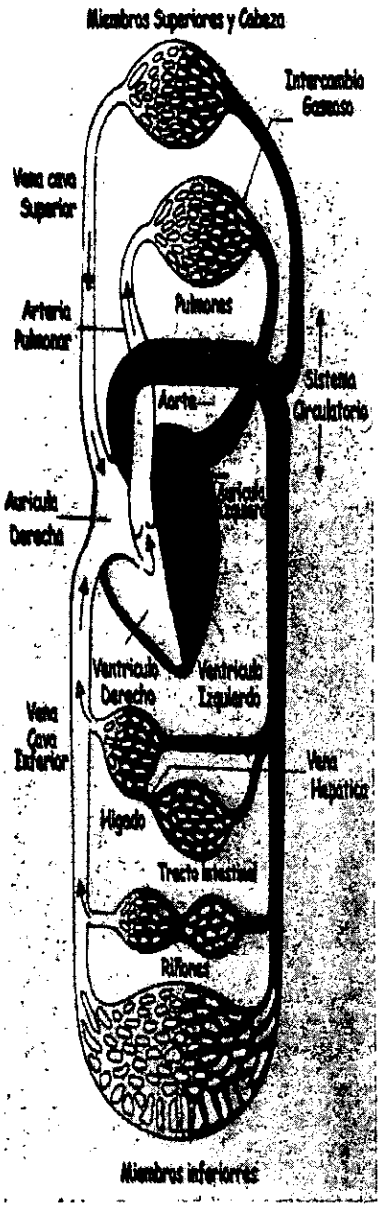

Figura 1. Sistema Circulatorio

En ésta, es posible observar vasos sanguíneos que conectan al corazón. Son las **venas** y las **arterias.** Las arterias llevan la sangre desde el corazón y las venas la llevan al corazón. Se puede notar también que en el dibujo se encuentran algunos vasos sanguíneos en tono claro y en otros el tono es obscuro. Los vasos claros llevan la sangre cargada de CO_2 hacia los pulmones; los vasos obscuros llevan la sangre fuera de los pulmones después de expeler el CO_2 y recibir el oxígeno.

A continuación se revisará la ruta de la sangre a través del cuerpo. La sangre que entra a la aurícula derecha del corazón se carga con los productos de desecho, tales como el CO_2, de las células y es deficiente en oxígeno, lo cual hace que la sangre tome un color azulado. Después que la aurícula se llena, la sangre pasa a través de una válvula es el ventrículo derecho. Los ventrículos proveen de la fuerza de bombeo principal para la circulación y es dada por las contracciones musculares del corazón evitando que la sangre regrese a la aurícula. Desde el ventrículo derecho la sangre va hacia los pulmones, donde es convertida en sangre oxigenada y, consecuentemente, su color se torna rojo. La sangre oxigenada viaja a la aurícula izquierda del corazón y es pasada al ventrículo izquierdo, el cual la bombea hacia fuera a través de la **aorta.** Es entonces que va a varias partes del cuerpo antes de regresar al corazón y comenzar un nuevo ciclo. Cada día el corazón debe realizar unos cien mil de estos ciclos o latidos, recibiendo y bombeando de nuevo el equivalente a unos cinco mil trescientos litros de sangre.

Esto significa que el corazón al cabo de setenta y cinco años, tiene que bombear el equivalente a unos ciento cuarenta millones de litros de sangre en, por lo menos, dos mil quinientos millones de latidos (Friedman y Roseman. 1974/1976, citados en Casamadrid, 1989).

Un porcentaje del gasto cardiaco viaja a través del **hígado** y los **riñones**, donde una importante función se lleva a cabo.

Los riñones reciben la sangre desde el sistema circulatorio general, limpiándola de los productos de desecho y eliminándolos a través de la orina.

El hígado recibe la sangre desde dos fuentes: la mayoría de ella proviene del **tracto intestinal** y el resto proviene del **sistema circulatorio general**.

El hígado se ocupa en primer lugar de sintetizar los nutrientes y de almacenarlos. En segundo lugar de limpiar la sangre de partículas nocivas, tales como las bacterias.

La sangre viaja al tracto intestinal después de que se consume el alimento rico en nutrientes (tales como los azúcares sencillos y los aminoácidos). Una gran parte de estos nutrientes se retienen en el hígado hasta que el cuerpo los necesita.

De esta forma la disminución y fluidez de nutrientes en la sangre se previene relativamente, por mucho tiempo (Sarafino, 1994).

Para realizar este incesante trabajo, los músculos del corazón que realizan el bombeo requieren un constante aporte nutritivo, principalmente de oxígeno, y si se ven privados de éste, mueren.

La primera fracción de sangre arterial bombeada en cada latido va directamente a irrigar los músculos del propio corazón.

Las arterias coronarias derecha e izquierda, conducen la sangre oxigenada que nutre a los músculos de los ventrículos de las mitades derecha e izquierda del corazón.

Las arterias coronarias en la mayor parte de su curso se apoyan en la superficie cardíaca y reciben muy poco soporte y protección de los demás tejidos.

Es más, a diferencia de otras arterias, éstas deben amoldarse a una gran cantidad de movimientos, puesto que cuando se expele sangre dentro de la aorta, el corazón se encoge y se retuerce (en cada contracción) y las arterias coronarias deben hacerlo también.

Estos retorcimientos y sacudidas en cada latido cardíaco, ocurren unas cien mil veces al día durante toda la vida.

Esta violencia rítmica produce un deterioro en las arterias que se manifiesta a los pocos meses de nacer, desarrollándose finas grietas, fisuras y hasta ulceraciones en el revestimiento interior (luz o lumen) de estas arterias (Beltrán, 1983).

Una arteria tiene un revestimiento interno uniforme llamado **"íntima"** que se compone de millares de células lisas y uniformes (células endoteliares) que sirven de filtro selectivo de elementos de la sangre que nutren la parte más interna de la pared arterial. La íntima está sostenida por la fuerte capa muscular que constituye la capa intermedia de las paredes arteriales llamada **"media"**; los millones de finas fibras elásticas que se entrecruzan dentro de ella permiten a la arteria contraerse y expandirse sin demasiado peligro de ruptura. La arteria coronaria tiene una tercera capa, la **"adventicia"**, una especie de tejido resistente, fibroso, que forra y protege la capa muscular; en ella se encuentran los pequeños vasos que llevan la sangre que nutre la pared arterial (Friedman y Roseman. 1974/1976, citados en Casamadrid, 1989).

Ahora bien, las arterias son elásticas y se expanden cuando se les aplica presión, este fenómeno hace necesario revisar otro elemento importante de este sistema cardiovascular, claro está se trata de la
Presión Sanguínea.

La Presión sanguínea es la fuerza que ejerce la sangre en las paredes arteriales. El corazón está en reposo entre las contracciones del miocardio, mientras esto pasa se llena de sangre. La fuerza de reposo de las arterias que sucede al mismo tiempo se le llama **presión diastólica**. Cuando el corazón bombea, cada contracción produce una fuerza máxima en las arterias, la cual es llamada **presión sistólica.** La presión sanguínea de una persona se expresa a través de dos números: un número alto representa la presión sistólica y un número menor representa la presión diastólica. Por ejemplo podría alguien tener una presión sanguínea de "120 sobre 80". La lectura de la presión sanguínea está estandarizada en unidades de mm Hg. Esto representa el número de milímetros (mm) de presión que pueden elevar a una columna de mercurio (Hg).

La presión sanguínea varía de una persona y aún más, de una parte del cuerpo a otra, esto puede explicarse de dos formas. Una por las leyes de la dinámica de fluidos y la otra involucra los factores del estilo de vida de las personas que afecta este dinamismo.

A continuación se revisarán los aspectos de la dinámica de fluidos que afectan a la presión sanguínea.

1. **Gasto cardiaco:** Es el volumen de fluido que es bombeado por minuto. La presión sanguínea se incrementa tanto como se eleva el gasto cardiaco.
2. **Volumen sanguíneo:** Se refiere al total acumulado de sangre circulando por el sistema. Los grandes volúmenes provocan altos índices de presión sanguínea y esto es inadecuado para el organismo.

3. **Resistencia periférica:** Se refiere a la dificultad con la que se encuentra el fluido para pasar a través de los angostos tubos. Las arterias varían en diámetro. Las **arteriolas** son pequeñas arterias que conectan las grandes arterias con los capilares. La resistencia periférica es generalmente mayor en las arteriolas que en las grandes arterias. Normalmente las arteriolas son mucho más elásticas y pueden expandirse o contraerse inmediatamente como respuesta al mensaje que envían los nervios y el sistema endocrino. Después de que se ingiere el alimento se requiere sangre extra en el lecho intestinal (capilares) para que se permita la absorción de nutrientes. El mensaje a las arteriolas en esa región causa que ellas se dilaten y acepten más sangre.
4. **Elasticidad:** Describe que tan fácil que se pueden relajar o contraer las arterias. Cuando los vasos sanguíneos se hacen poco elásticos, la presión sanguínea - especialmente la presión sistólica- aumenta.
5. **Viscosidad:** Se refiere a lo espeso de los fluidos. La viscosidad de la sangre depende de su composición, tal como de los altos niveles de contenido de células rojas de la sangre. La sangre más espesa fluye menos fácilmente que la sangre delgada y requiere de más presión sanguínea para circular a través del sistema cardiovascular.

A continuación se revisarán aquellos factores externos y del estilo de vida de una persona que afectan este dinamismo.

1. **La temperatura del medio ambiente:** Cuando la temperatura es alta los vasos sanguíneos de la piel se dilatan y la producción cardiaca y la presión diastólica cae, esto hace que se sienta somnolencia. Las bajas temperaturas tienen el efecto opuesto.
2. **La contaminación:** La exposición diaria a altos niveles de ruido (como el producido en las industrias) se ha relacionado como factor de riesgo para la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. En el laboratorio la exposición generalizada de ruido aumenta: la resistencia vascular, el ritmo cardiaco y la presión sanguínea. Sin embargo, en epidemiología los efectos del ruido crónico en la presión sanguínea no han sido consistentes (Kristal-Boneh, Melamed, Harari & Green, 1995). Así mismo se ha encontrado que los niveles de plomo en la sangre se asocian, de acuerdo a la cantidad de éste en aquella; con la elevación de la presión sanguínea (Schwartz, 1995).

3. **La actividad:** El ejercicio incrementa la presión sanguínea durante la actividad y algunas veces aún después de realizarlo. El simple hecho de modificar nuestra postura puede afectar la presión sanguínea. Cuando alguien está acostado y se sienta, el fluir hacia arriba de la sangre, en las venas que alimentan al corazón, se hace más lento a causa de la gravedad. Esto causa que la producción cardiaca y la presión sanguínea bajen. Como resultado, el flujo sanguíneo hacia el cerebro baja, y algunas veces puede producir mareo.
4. **Experiencia emocional:** Cuando se experimenta estrés, ira o ansiedad, el Sistema Nervioso Simpático está trabajando. Esto causa una gran variedad de reacciones cardiovasculares, tales como el incremento de la producción cardiaca. Tanto la presión sistólica como diastólica se incrementan cuando las personas se sienten emocionalmente exaltadas.

Para fines de esta investigación, se ha llegado a un punto de singular importancia puesto que se hace evidente la línea divisoria entre la medicina y la ciencia conductual, y dado que ya desde 1893, Freud identificaba como señal característica del "ataque de angustia", la perturbación de una o varias funciones corporales (tales como: la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz, la actividad glandular) se hace evidente la relación biunívoca de estos elementos. Mencionaba:

> Una de las formas de manifestación del ataque de angustia es a través de"...perturbaciones de la *actividad cardíaca*, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente, hasta llegar a estados graves de debilidad del corazón que no siempre es fácil distinguir de una afección cardíaca orgánica; *pseudoangina pectoris*, de muy espinoso diagnóstico" (Freud, 1893).

Reconocer los aspectos no sólo anatómicos y fisiológicos sino también los psicológicos será la intención de aquí en adelante, por lo que el conocimiento de la Cardiopatía Isquémica estará acompañado de investigaciones recientes que puedan ofrecer una línea de comprensión acerca de cómo este trastorno afecta el estado psicológico de las personas y /o cómo el estado psicológico, sus hábitos de vida o su forma de relacionarse favorecen la aparición de este trastorno.

CARDIOPATIA ISQUÉMICA

En México, en las últimas décadas se ha alcanzado un notable desarrollo en medicina preventiva que ha contribuido a que la frecuencia de la mayoría de las enfermedades transmisibles se reduzca y aumente la de las enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles, de origen multifactorial. Situación que puede comprobarse al revisar las principales causas de mortalidad general en el país. Estas se presentan a continuación de acuerdo a la Dirección de Estadística Demografía y Sociales (INEGI, 1997). (Consultar Tabla 1).

CAUSAS
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN
Enfermedad Isquémica del corazón
Diaritmia cardiaca
TUMORES MALIGNOS
De la tráquea de los bronquios y del pulmón
Del estómago
Del cuello del útero
ACCIDENTES
Del tráfico de vehículos con motor
DIABETES MELLITUS
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
Hemorragia intracerebral y otras hemorragias intracraneales
CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL
Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido

TABLA 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN MÉXICO (1995).

ORDEN	CAUSAS	DEFUNCIONES
8	NEUMONÍA E INFLUENZA	19,717
9	HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	15,67[illegible]
10	DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN	[illegible]
11	NEFRITIS, SÍNDROME NEFRÓTICO Y NEFROSIS	[illegible]
12	ANOMALÍAS CONGÉNITAS	[illegible]
[illegible]	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	[illegible]
[illegible]	BRONQUITIS CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	[illegible]
[illegible]	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	[illegible]
[illegible]	ANEMIAS	[illegible]
[illegible]	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	[illegible]
[illegible]	TUBERCULOSIS PULMONAR	[illegible]
[illegible]	ULCERAS GÁSTRICAS Y DUODENAL	[illegible]
[illegible]	SUICIDIOS Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS	[illegible]

TABLA 1 (CONTINUACIÓN): PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN MÉXICO (1995).

NOTA: El orden de presentación de los padecimientos se establecieron en función a la importancia de los mismos.

El diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas y degenerativas como las enfermedades del corazón (que, como pudo consultarse, se encuentran en el número uno de las causas de mortalidad) ocupan amplio campo de la medicina interna y la cirugía, así como recursos en la investigación biomédica.

Simplemente para dar una idea de la magnitud de este padecimiento pueden consultarse las tablas dos y tres que muestran los índices de morbilidad y mortalidad hospitalaria en establecimientos oficiales y particulares de México en el año de 1995, fecha de las estadísticas más recientes que reporta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1997).

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	8 780	5 653	3 127	34 612	1 229
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	4 600	3 197	1 403	19 108	949
LAS DEMÁS CAUSAS	4 179	2 455	1 724	15 501	280

TABLA 2: Morbilidad y Mortalidad Hospitalaria en Establecimientos Particulares por Diagnóstico de egreso según Sexo y Días de Estancia (1995).

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	166 490	80 008	86 464	979 808
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO					
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	SECRETARIA DE SALUD (HOSPITALES)	22 145	10 165	11 980	10 9684
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO					
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	SECRETARIA DE SALUD (INSTITUTOS NACIONALES)	3 811	2 080	1 731	10 950
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO				25	43
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	106 250	51 820	54 430	668 320
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO				1 788	45 813

TABLA 3: MORBILIDAD HOSPITALARIA DE ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO POR SEXO, DÍAS ESTANCIA E INSTITUCIÓN HOSPITALARIA (1995).

[illegible]	INSTITUCIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	DÍAS DE ESTANCIA
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	IMSS-SOLIDARIDAD	3 760	1 597	2 163	16 818
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		146	77	69	602
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	ISSSTE	19 322	8 898	10 424	127 529
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		1 220	825	395	10 012
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	3 421	1 638	1 783	SIN DATOS
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		[illegible]	101	50	SIN DATOS
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	SECRETARÍA DE MARINA	763	331	414	3921
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		[illegible]	[illegible]	[illegible]	214
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	PETRÓLEOS MEXICANOS	5 429	2 719	2 710	32 445
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		254	189	65	1 934
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL	1 589	760	829	10 141
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		100	73	27	711

TABLA 3 (CONTINUACIÓN): MORBILIDAD HOSPITALARIA DE ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO POR SEXO, DÍAS ESTANCIA E INSTITUCIÓN HOSPITALARIA (1995).

NOTA: La suma de los pacientes hombres y mujeres no coinciden en todos los casos con los totales, debido a que en estos se incluyeron los sujetos que no especificaron sexo.

Estas enfermedades tiene gran importancia en la economía de la nación, basta con observar los días de estancia hospitalaria que consumen estos paciente; por ejemplo en dos Instituciones, con recursos a distintos niveles socio-económico, como son el ISSSTE y Petróleos Mexicanos se puede observar que: en el primero se registraron 1,220 pacientes con Infarto Agudo del miocardio los cuales requirieron de 10,012 días para afrontar el padecimiento y en el segundo 254 pacientes necesitaron 1,934 días para su recuperación. Estas cifras requieren de decisiones médicas de impacto poblacional y justifican un enfoque epidemiológico orientado a los servicios de salud.

Este esfuerzo se puede reconocer al notar cómo la esperanza de vida avanzó de 62 años en 1970 a 69 años en 1990, hay pues un incremento proporcional de adultos y viejos, migración urbana y una transición epidemiológica que ha llevado a que las cardiopatías, los tumores malignos y la diabetes mellitus ocupen tres de las cinco primeras causas de mortalidad general (Wolpert, Robles y Reyes, 1993).

Es esta una buena razón por la que la ocupación de los esfuerzos médicos, psicológico y epidemiológicos se conjunten para entender la etiología de la cardiopatía isquémica.

La Cardiopatía Isquémica sucede cuando por algún motivo la enfermedad coronaria altera el aporte sanguíneo al miocardio, al grado de determinar trastornos en su metabolismo celular, ocasionando modificaciones en su función. (Shapiro, 1975). De forma simple, se puede decir que la isquemia miocárdica es la resultante del desequilibrio entre el aporte de sangre oxigenada y las demandas del músculo cardíaco (Guadalajara, 1985).

Su traducción clínica es el angor o angina de pecho (La angina de pecho es una enfermedad cardiaca en la cual el paciente reporta sentir un fuerte y paralizante dolor en el pecho provocado por una pequeña obstrucción en una arteria, puede provocar poco o ningún daño. Esta clase de ataque frecuentemente se produce por exceso de ejercicio o por estrés) y su máxima expresión el infarto del miocardio. (Esta cardiopatía es producto de la muerte del tejido muscular cardiaco como resultado del bloqueo arterial, usualmente como consecuencia de la ateroesclerosis.).

Sin embargo, las manifestaciones clínicas no siempre acompañan a la enfermedad ni se relacionan proporcionalmente con su gravedad. En ocasiones se aprecian los cambios electrocardigráficos típicos de isquemia (en enfermos monitorizados) sin manifestaciones clínicas (Beltrán, 1983).

Actualmente no se ha podido definir, ni siquiera experimentalmente, en cuánto debe incrementarse la demanda o disminuirse el aporte de sangre oxigenada para que haya isquemia o infarto del miocardio (Beltrán, 1983).

Clásicamente se ha considerado a la cardiopatía isquémica como una enfermedad secundaria de las arterias coronarias. Esta teoría "mecanicista" es la más aceptada en la actualidad; es decir, para que haya isquemia o infarto debe haber oclusión importante de una arteria que modifique por déficit de riego sanguíneo, el metabolismo de una zona dada del miocardio, que "muere" por falta de irrigación. Otra hipótesis supone que el espasmo, contracción brusca de la coronaria que ocluye totalmente también es causa del infarto del miocardio (Shapiro, 1975).

Un paradigma bastante interesante es el que propone que hay alteraciones genéticas de las mitocondrias.

De acuerdo a esta hipótesis los genes de las mitocondrias, que se heredan primordialmente de la madre, pueden sufrir mutaciones capaces de alterar la síntesis de los complejos enzimáticos que se localizan en la membrana interna de la mitocondria; estos complejos enzimáticos son responsables del transporte de electrones necesario para crear el gradiente electroquímico que se requiere para condensar ADP y fósforo inorgánico y generar así ATP.

Si se altera la fosforilación oxidativa, que es la fuente energética de órganos y tejidos tales como: cerebro, músculo, corazón, riñón, hígado e islotes pancreáticos, la disfunción de éstos será una consecuencia inevitable. Esta propuesta ofrece una explicación molecular para la cardiopatía isquémica (Wallace, 1992 citado en Wolpert, Robles y Reyes, 1993).

Es necesario seguir investigando al respecto para lograr definir con más exactitud las causas que la originan. Los estudios se disparan en diversas direcciones y de acuerdo a la profesión, la escuela y hasta el momento cultural en que se vive se encuentra una amplia gama de explicaciones, por ello, este es un buen momento para introducir un apartado que hable de los factores de riesgo que la provocan.

FACTORES DE RIESGO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

El campo de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica ha sido estudiado durante los últimos 25 años. Los estudios epidemiológicos en sujetos con enfermedad coronaria aterosclerosa, han permitido reconocer ciertos factores de riesgo que combinados o asociados, favorecen el desarrollo de aterosclesosis, ya sea precoz o severa, siendo a mayores factores de riesgo presentes, mayores las posibilidades de desarrollar la enfermedad (Shapiro, 1975).

Aunque se reconoce que los factores físicos, estructurales y bioquímicos que provocan la isquemia son principalmente del conocimiento médico, podemos distinguir que los factores de riesgo (éstos son circunstancias que, parecen aumentan la probabilidad de que un individuo presente cierto padecimiento (Braunwald, 1990)), que la provocan son de índole tanto física como psicológica.

Por ejemplo, entre los factores predisponentes físicos encontramos: la herencia, la diabetes mellitus, la hiperlipoprotenemias, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el tipo de dieta, el sedentarismo y el sexo, entre otros (Guadalajara, 1985).

Entre los factores de riesgo psicológicos se encuentran: la historia familiar, factores psicosociales, (como el estrés, la depresión, la angustia y el tipo de ocupación) tipo de personalidad y problemas conductuales (como por ejemplo, adicciones al tabaco, al alcohol y al café). (Braunwald, 1990).

Algunos epidemiólogos han desarrollado tablas clasificatorias de los factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica, como la que sigue (Herber, 1981; citado en Casamadrid, 1989):

MAYORES

* Hipercolesterolemia: Aumento de colesterol en sangre.
* Hipertensión: Presión arterial alta
* Tabaquismo

MENORES

* Taquicardia durante el reposo
* Vida sedentaria

BIOLÓGICOS

* Edad: La mortalidad por cardiopatías es mayor conforme aumenta la edad, estas enfermedades aparecen hasta la edad adulta entre las diez primeras causas de mortalidad general (Wolpert, Robles y Reyes, 1993).
* Sexo: Tradicionalmente se pensaba que era más frecuente en el varón, sin embargo las estadísticas actuales demuestran que la diferencia de sexo, ya no es marcada.
* Antecedentes: Historial de Infarto del miocardio

RELACIONADOS

* Cambios electrocardiográficos
* Historial familiar

- Diabetes Mellitus: Las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes que la diabetes en los hospitales de la Secretaría de Salud; durante 1990 hubo 9,558 egresos con este diagnóstico principal, lo que representó el 1.75 por ciento (Wolpert, Robles y Reyes, 1993).
- Hiperuricemia, gota
- Obesidad
- Hipertrigliceridemia
- Hipotiroidismo: Función anormal en la secreción de las hormonas de la tiroides que provoca, entre otros efectos, rigidez muscular que ocasiona que disminuya la fuerza y la frecuencia de las contracciones del corazón, y la cantidad de sangre bombeada en cada una de ellas (Goust, 1966).
- Renopatía
- Tensión psicosocial
- Dieta

En otras investigaciones se considera que hay tres factores de riesgo de gran importancia, porque en sí condicionan directamente daño sobre las arterias, a los cuales se pueden asociar otros:

1. Hipertensión arterial sistémica. Cuando una persona tiene una presión sanguínea alta por varias semanas o más, se le considera que tiene Hipertensión. ¿Cuándo se considera que está alta la presión? Cuando se encuentra por arriba de 140 (sistólica) y mayor a 90 (diastólica). (Sarafino, 1994).
2. Diabetes mellitus: Con frecuencia ambos padecimientos coexisten. Es conocido que los diabéticos tienden a la enfermedad vascular. Cabe señalar que tanto la diabetes mellitus, principalmente la de tipo II, como las enfermedades cardiovasculares son influenciadas por defectos nutricionales y por hábitos inapropiados entre los que se cuenta sedentarismo, tabaquismo y estrés (Wolpert, Robles y Reyes, 1993).
3. Hiperlipoproteinemias (hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia principalmente).

Entre otros factores de riesgo que pueden favorecer a los anteriores se pueden enlistar:

- Tabaquismo
- Herencia
- Obesidad

- Vida sedentaria
- Personalidad agresiva y estrés. El estrés causa daño de muchas formas y produce cambios tanto fisiológicos como psicológicos. La reacción inmediata más frecuente al estrés es fisiológica, debido a que la exposición al mismo incrementa la secreción de determinadas hormonas producidas por las glándulas suprarrenales, aumenta la presión arterial y el ritmo cardiaco. Cuando la exposición al estrés no es intensa, estas respuestas son adaptativas, ya que producen una "reacción de emergencia" que posibilita una forma más eficaz de resistir la situación estresante. No obstante, si hay una exposición constante al estrés se produce una disminución en la eficacia del nivel general de funcionamiento biológico del organismo a causa de la constante secreción de las hormonas relacionadas con el estrés. Con el paso del tiempo, las reacciones ante el estrés provocan el deterioro de ciertos tejidos como los correspondientes a los vasos sanguíneos y el corazón (Feldman, 1995).
- Dietas altas en calorías y lípidos (Shapiro, 1979).

Un estudio realizado a 14 pacientes adultos jóvenes con infarto agudo del miocardio encontró, con relación a los factores de riesgo, una baja frecuencia de antecedentes de Cardiopatía Isquémica en la familia de los infartados; el tabaquismo como el factor de riesgo más frecuentemente encontrado en estos adultos jóvenes, con una incidencia del 77% y que el hacer deporte no parece prevenir la enfermedad, y llevado a cabo en exceso, podría ser perjudicial (Guerrero González, 1985).

Lo anterior hace reconocer que el problema dominante es que todavía, a pesar de los estudios realizados, no se conocen los mecanismos básicos que subyacen a la cardiopatía isquémica y que por lo tanto, es necesario desarrollar, sin retraso, programas de investigación que lleven a su esclarecimiento.

Los pacientes reportados están en edad productiva hecho que puede comprobarse al consultar las estadísticas nacionales dado que, los hombres, desde los 35 años de edad presentan la cardiopatía isquémica en el cuarto lugar de causas de mortalidad; y a los 45 años en adelante ya ocupa el primero. Esta relación puede consultarse en el Cuadro 4 (INEGI, 1997).

EDAD	SEXO	ORDEN DE IMPORTANCIA	DEFUNCIONES
35 A 44 AÑOS	HOMBRES	CUARTO	1 003
	MUJERES	SEGUNDO	380
45 A 64 AÑOS	HOMBRES	PRIMERO	5 685
	MUJERES	TERCERO	2 831
65 AÑOS O MÁS	HOMBRES	PRIMERO	13 709
	MUJERES	PRIMERO	13 737

TABLA 4: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO EN MÉXICO (1995).

Es lógico suponer que esto afecta invariablemente la economía nacional dada la pérdida de la mano trabajadora y el gasto médico institucional que esto ocasiona.

Por ejemplo, se ha mencionado que en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología de México, ingresaron en un período de 3 años, de enero de 1973 a enero de 1976, 541 pacientes con infarto del miocardio, con edades que oscilaban entre 17 y 99 años, siendo 124 pacientes menores de 50 años y que de los participantes totales el 74% de los ingresos correspondieron al sexo masculino.

En México D.F., en 1988 y hasta donde el Instituto Nacional de Cardiología pueda ser representativo de los trastornos isquémicos, el infarto del miocardio es una enfermedad predominantemente masculina (Salazar, Fernández de la Reguera, Figueroa y Casanova, 1978), aunque al parecer y por las indicaciones de las estadísticas más recientes es posible dudar cada vez más acerca de esta preponderancia.

En relación a la incidencia del Infarto en mujeres se informa que, en la unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cardiología de México se presentaron en un lapso de tres años (1973-1976), 13 mujeres menores de 50 años con infarto del miocardio (Salazar, Fernández de la Reguera, Figueroa y Casanova, 1978).

Es indudable que la enfermedad isquémica del corazón está invadiendo el mundo femenino pues es causa frecuente de mortalidad en la mujer. Basta dar un vistazo a su incidencia para dar cuenta de ello (Consultar la Tabla 4).

Bajo esta misma línea de investigación se analizaron los factores de riesgo en 239 mujeres menores de 45 años, referidas a la división de Cardiología en el Montreal Heart Institute de Canadá, para la realización de artereografías, encontrando que la diabetes, hipertensión, hiperlipidemia y el fumar, se presentaron con más frecuencia en el grupo de mujeres que mostraba importante enfermedad coronaria, que en el grupo que tenía arterias coronarias normales (Waters, Haolphen, Theroux y Mizgala, 1978).

Por otro lado y en este mismo estudio se reporta que el 80% de la muestra eran casados y únicamente el 11% divorciados. Estas cifras indican, que el grupo de infartados presenta una tendencia a conservar el vínculo matrimonial.

Finalmente y aprovechando al máximo esta muestra se exploraron algunas características de personalidad y se llegó a detectar la presencia de conducta de Tipo A en los pacientes. Así, entre las conclusiones que obtuvieron, se deduce que la persona con una Línea de Conducta Tipo A posiblemente no se atreve a romper con lo establecido, en cuanto a relaciones íntimas se refiere, como sería en este caso el vínculo matrimonial.

Acerca de la Conducta Tipo A, ésta se detectó e identificó como un patrón de conducta característico de las personas infartadas y se consideró el factor principal de la prematura enfermedad cardio-coronaria.

La Línea de Conducta Tipo A, es un patrón de comportamiento que se caracteriza por un conjunto de rasgos como son:

1. Sensación crónica de urgencia.
2. Afán competitivo.
3. Agresividad de índole verbal.
4. Conducta de anticipación a la frustración.
5. Aparente menosprecio por el prójimo (Friedman y Rosenmam, 1976).

Con respecto al punto tres, se encontró que la hostilidad se relaciona con la génesis de la cardiopatía isquémica y de la aterosclerosis coronaria y con la aparición de sus eventos clínicos. A esta conducta se le nombró "Complejo Hostil" y se le definió como un rasgo conductual compuesto por agresividad manifiesta y sostenida dirigida hacia el exterior del individuo; estallidos frecuentes de iracundia, por lo menos una vez a la semana; impaciencia e intolerancia en las líneas de espera y una sensación permanente de urgencia o de premura (Gloria, Meaney, Rivera, Robles y Vela, 1996).

Hasta el momento, junto con el reporte de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica se ha hablado frecuentemente acerca del infarto al miocardio y valdría la pena estudiarlo más en detalle, puesto que muchas de las investigaciones acerca de las características conductuales y de personalidad de este paciente se llevan a cabo bajo este rubro.

Antes de iniciar se hace necesario notar que ello no desvía del tema, dado que todo paciente que sufre de cardiopatía isquémica puede llevar este padecimiento al doloroso extremo del infarto del miocardio, es decir, que toda persona que sufre de un infarto del miocardio tiene un cuadro de cardiopatía isquémica, aunque no toda isquemia va a llegar al infarto. Después de esta puntualización se revisará esta afección más a detalle.

INFARTO DEL MIOCARDIO

Los pacientes con Infarto del Miocardio se han visto beneficiados desde la década pasada por los intensos esfuerzos que, para reducir el estrés psicológico que les produce su estancia en los hospitales, ha realizado el equipo de salud (Stern, Pascale y Ackerman, 1977).

Dado que, incluso cuando estos enfermos han llegado a ser intervenidos quirúrgicamente, se ha encontrado que estas técnicas no sólo producen un trauma físico sino también psicológico produciéndose angustia y ocasionalmente síndromes histéricos (Díaz, 1983).

Es importante recordar que la principal causa de muerte en México después de los 40 años es la cardiopatía isquémica que culmina directa o indirectamente en un Infarto Agudo del Miocardio (IAM).

La mortalidad actual del IAM es cercana al 30%. La mayor parte de los fallecimientos ocurren antes de que el paciente ingrese al hospital, habitualmente por insuficiencia ventricular izquierda, que está en relación directa con la extensión del miocardio necrozado (Gaceta Médica de México, 1993).

El Infarto al Miocardio se ocasiona por la destrucción celular, es decir, se debe a la necrosis o muerte de una zona que, por déficit de riesgo coronario y falta de oxígeno, ha pasado por una etapa de isquemia cada vez más grave. La transición de isquemia a infarto puede ser lenta o brusca (sólo puede haber isquemia -y establecerse una zona infartada- si hay una oclusión aguda (por un trombo o cualquier otro obstáculo) en una arteria coronaria). Cuando el tejido se empieza a destruir y antes de necrosarse, la zona de isquemia se convierte en una zona de lesión. Esta puede ser reversible, pero si persiste por algún tiempo, producirá finalmente un infarto (Shapiro, 1975).

El infarto se caracteriza por dolor precordial intenso y prolongado, similar pero más intenso que el de la angina de pecho, y signos de lesión miocárdica, incluyendo cambios electrocardiográficos agudos y un aumento de actividad de ciertas enzimas séricas. Casi siempre se acompaña de una sensación de "hormigueo" en el hombro y brazo izquierdo y sudor frío (Beeson y McDermott, 1972; citado en Casamadrid, 1989).

El infarto del miocardio es una de las enfermedades que causan más temor. Es la más súbita en su inicio y de las más terribles en sus consecuencias. Afortunadamente, el momento de la crisis no dura más de 90 segundos, aunque el dolor puede persistir durante horas (Wahl, 1975; citado en Casamadrid, 1989).

El reciente desarrollo en la investigación y en el tratamiento de la etapa aguda del infarto al miocardio ha resultado en el incremento de la sobrevida y disminución en las complicaciones para el paciente. Sin embargo estos adelantos en la fase aguda de la enfermedad, contrastan con el pequeño progreso que se ha reportado en el entendimiento y mejoría de la fase de rehabilitación de este padecimiento. Las dificultades que manifiestan los pacientes después de su egreso del hospital se dan en términos del cambio en su estilo de vida y en la recuperación de su actividad laboral y sexual. Conforme sobreviven más pacientes al infarto miocárdico, más evidente se hace la necesidad de investigar estas variables.

Muchas de las evidencias sugieren que los factores psicológicos son cada vez más importantes y que el reinado de los factores médicos está acabando, por lo menos en cuanto a la direccionalidad que toma el proceso de recuperación del infarto al miocardio (Diederiks et al, 1991 y Garrity, 1973 citados en Petrie, Weinman, Sharpe y Buckley, 1996).

Las investigaciones sugieren que la "percepción de la enfermedad" puede definirse conceptualmente a través de cinco términos o conceptos que permiten estructurar, claramente, la idea que tiene el enfermo de su enfermedad (Leventhal et al., 1980 citado en Petrie, Weinman, Sharpe y Buckley, 1996). Estos proveen de un cuadro de las sensaciones del paciente con respecto a sus síntomas, la valoración de sus riesgos de salud y dan la dirección de acción que tomará su recuperación. Estos cinco componentes cognitivos son:

1. **Identidad:** Es la capacidad que la persona posee para describir la enfermedad y reconocer sus síntomas.
2. **Causa:** Es la idea personal acerca de las causas de la enfermedad.
3. **Línea de Tiempo:** Es el tiempo que el paciente cree que le tomará recuperarse de la enfermedad.
4. **Consecuencias:** Es la expectativa de efectos y consecuencias de la enfermedad.
5. **Cura o Control:** Es la forma en que el paciente participa y se responsabiliza de su recuperación.

Estos supuestos cognitivos son indicadores que guían investigaciones como la siguiente.

En un estudio en el que participaron 124 hombres cuya media de edad era de 53.2 años y que tenían un episodio de infarto del miocardio se encontraron los siguientes resultados:

La percepción del paciente acerca de su enfermedad y de sus creencias después de sufrir un infarto al miocardio son determinantes importantes de su recuperación después de su estancia en el hospital.

La percepción de la enfermedad se midió al momento de ingresar y estuvo asociada con la atención y apertura ante el programa de rehabilitación, su pronto regreso al trabajo, readaptación sexual y la recuperación de su funcionamiento social y doméstico.

Los pacientes quienes creían que su enfermedad era dócil y con posibilidad de ser curada o controlada atendieron con más apertura al programa de rehabilitación, mientras que aquellos que anticipaban que su enfermedad tendría mayores consecuencias en su estilo de vida, presentaron mayor dificultad para regresar al trabajo y para retomar sus obligaciones domésticas.

La percepción inicial de los pacientes asociada con la "identidad" (indicada por el número de síntomas asociados con la enfermedad) se relacionó con problemas sexuales posteriores.

Una interpretación de estos resultados es que la percepción de los pacientes acerca de su infarto al miocardio es que ésta está formada a partir de una larga lista de información que se tiene del padecimiento antes de haberlo adquirido.

Estas creencias son consistentes con el tiempo de recuperación presentado durante su estancia en el hospital y después de su salida.

Sin embargo, pueden no corresponder con el punto del vista médico de la enfermedad, esto es grave en la medida que el equipo médico puede no percatarse de estas diferencias y particularmente cuando el paciente generalmente renuncia a preguntar o discutir su punto de vista acerca de su enfermedad con sus médicos.

Se enfatiza que estos resultados no son atribuibles a los efectos de la ansiedad durante la admisión o por el grado de severidad de el infarto al miocardio. Aunque la percepción del paciente está relacionada al grado de estrés psicológico, esta "percepción de enfermedad" es un mejor predictor de la forma de reaccionar ante la recuperación, que la ansiedad en general. Más aún, mientras que la severidad del infarto del miocardio es un importante factor para la recuperación, este estudio enseña que el significado o la percepción que el paciente tenga de su enfermedad es la experiencia fundamental que determina su adaptación en la fase de rehabilitación (Petrie, Weinman, Sharpe y Buckley, 1996).

Recientemente se ha puesto más atención en estos factores psicológicos traducidos en la representación cognitiva que los pacientes tienen de su enfermedad y que se asocian con la evolución y rehabilitación de varias condiciones médicas.

El temor que provoca esta enfermedad hace difícil al paciente volver a hacerse cargo de su actividad familiar, social y ocupacional, puesto que algunos de ellos se sienten tan afectados por las presiones psicológicas internas o externas que sucumben a los síntomas resultantes de la enfermedad cardiaca.

Por esta razón varios estudios los han dedicado a investigar los factores que predicen un pobre resultado en la rehabilitación de este padecimiento (Stern, Pascale y Ackerman, 1977).

Por ejemplo, los pacientes que se manifestaban depresivos y con pensamientos negativos en cuanto a la posibilidad de recuperación, durante su estancia en la Unidad de Cuidados Coronarios presentaron una mortalidad promedio de seis meses (Garrity y Klein, 1975). De igual forma se reportó en 131 pacientes con indiferencia ante su recuperación post-infarto que el 65% de ellos presentaban ansiedad y depresión, así como muchos problemas sociales y poco interés para regresar al trabajo.

De forma paralela el éxito en la rehabilitación se definió como la capacidad de regresar al trabajo y renovar su vida sexual y no presentar ansiedad ni depresión. Estos pacientes (25%) no se manifestaron aprehensivos o tensos acerca de sus síntomas durante su estancia en el hospital (Cay, Vetter y Philip, 1972, 1973).

En otro estudio con sesenta y ocho pacientes de clase media cuyas edades fluctuaban entre los 25 a 69 años, mayoritariamente casados y con dos o tres episodios de Infartos al Miocardio. Diez de ellos murieron por otra enfermedad después de poco más de un año después del infarto; catorce de ellos regresaron al hospital por complicaciones de la misma enfermedad (por ejemplo, por angina). Treinta y ocho regresaron al trabajo después de 8.5 semanas después del infarto. Los restantes reportaron incremento en la tensión y el estrés por regresar al trabajo. De esta forma el 78% de los pacientes que trabajaban antes de sufrir el infarto pudieron regresar a trabajar en menos de un año.

El regreso a la función sexual fue más rápida y completa que el regreso al trabajo. El 62% de los paciente habían regresado a su rutina sexual después de seis semanas de haber sufrido el infarto y, el 90% de ellos había logrado normalizar y aún aumentar un poco su frecuencia sexual por mes, en un lapso promedio de un año posterior al evento y sólo el 20% de estos pacientes habían disminuido su actividad sexual.

Un pequeño grupo de pacientes (10%) en la actualidad incrementaban su frecuencia y calidad de su función sexual.

Aún más, pensaban que haber tenido un infarto los influenciaba a ellos y a sus esposas a pensar en ellos mismos y en el otro y esto había mejorado su comunicación, y el incremento en su frecuencia sexual había sido producto de este proceso (Stern; Pascale y Ackerman, 1977).

En pacientes a los cuales durante su estancia en la Unidad de Cuidados Coronarios se les identificó como depresivos, se encontró que reportaban que se sentían más aburridos y solos y manifestaban gran necesidad de calor humano y compañía de sus familiares.

La mitad de estos pacientes reportaban haber experimentado ansiedad y depresión en el último año antes de su infarto y con sólo una excepción todos ellos habían recurrido al consejo terapéutico.

Aquellos pacientes que reportaban tener estabilidad emocional antes de la enfermedad, también reportaban haber perdido iniciativa, incrementado su dependencia y disminuido su autoestima como producto del infarto.

En los pacientes con ansiedad se encontró más tendencia a obsesionarse con su enfermedad y encontrar dificultad para encontrar aspectos positivos en su trabajo, su familia y falta de creatividad para inventar actividades que ocuparan su tiempo libre (Stern, Pascale y Ackerman, 1977).

En cuanto al sexo femenino, se ha encontrado que en aquellas mujeres que tienen características acentuadas de personalidad de Tipo A (son ambiciosas y competitivas y que constantemente se están persiguiendo a sí mismas con actividades laborales y problemas familiares) están incrementando ahora, la fila de los enfermos cardiacos.

Este evento está relacionado con la incursión de la mujer en la esfera laboral puesto que sus metas de trabajo las hacen sentirse con presión y tensión intrapersonal y se piensa que el infarto es un intento defensivo por recuperar el equilibrio (Peter, Luxton y Harper, 1924).

En una investigación doctoral se reporta que el 11% (15 sujetos) correspondían a mujeres entre los 35 y 55 años, cifra que a pesar de no contar con datos que permitan hacer una comparación estadística válida, apunta hacia un incremento considerable en cuanto a la incidencia del infarto prematuro en mujeres. Se explica esta condición debido a cambios sociales en la mujer, puesto que está desarrollando su estilo de vida de forma diferente al tradicionalmente desempeñado, promoviendo enfermedades que no le eran propias. Se menciona así mismo que la mujer al tener un papel más activo en la vida productiva del país está presentando enfermedades antes exclusivas del sexo masculino (Casamadrid, 1989).

Un evento muy significativo en las mujeres ha sido el que se relaciona con su estado civil, dado que en aquellas pacientes sin una relación de pareja y a las que se les sumaba el estrés laboral presentaron una tasa de mortalidad más elevada (100% de la muestra) que las mujeres casadas. En éstas últimas la pérdida del trabajo estaba asociada con el sentimiento de pérdida de estatus y de jerarquía familiar. Esta situación se hacía más obvia en aquellos casos donde el marido asumió un rol de sobreprotector, que consideraban que sus esposas debían regresar al "ligero" trabajo doméstico y se negaban a renovar la actividad sexual porque pensaban que esto traería serios problemas médicos.

De esta forma, en un estudio con 903 pacientes con ataque de infarto agudo, en las 154 mujeres participantes se encontró que la mujer tiene un rango mayor de mortalidad que el hombre (Peter, Luxton y Harper, 1924). Confirmándose nuevamente que las enfermas solteras tenían índices de mortalidad más altos que las casadas (Moss, 1976; Zalokar, 1960 y Kuller, 1975).

En conclusión se puede comentar que la condición psicológica, es quizá el aspecto más importante en la convalecencia. Esta condición la podemos entender como la habilidad para controlar la depresión, incrementar la autoestima y el sentido de independencia. Es necesario que el paciente se "sienta" y sea capaz de demostrarse a sí mismo y a su familia que no es tan débil, que tiene energía y que es capaz de asumir su previo valor y posición en la jerarquía familiar (Hackett y Cassem, 1973).

Es un reto y una obligación de la psicología abordar con más entusiasmo y energía este mundo psicosomático, pues aunque el psicólogo ya figura en el organigrama de algunas instituciones de salud, éste es reconocido más por su trabajo psicométrico y su labor terapéutica se realiza a la sombra de los fármacos del psiquiatra y algunas veces con la postura desconfiada y escéptica del médico.

II

EL HOMBRE VIVIENDO EN PAREJA

Cuestionar desde cuándo y por qué razón el hombre necesita de una pareja para vivir en "normalidad" es una aventura con un sin fin de respuestas. Éstas podrían buscarse investigando en la mitología de alguna cultura olvidada; o podría explicarse como un deber divino, dado que la mujer es para el hombre, "un regalo" de un ser supremo que quiso aliviar su soledad; quizá la respuesta se encuentre oculta en lo más profundo del instinto animal que heredáramos de los primeros primates; es posible que pueda tener explicación en la necesidad del hombre por cubrir faltas infantiles escondidas en el inconsciente; o incluso en un razonamiento socio-económico que garantizara, al poderoso "señor", el legar a su prole -su misma sangre- su nombre o sus bienes. Cuál es la verdadera razón, son todas, o no lo es ninguna, realmente cuestionar todo esto quizá sea más interesante que provechoso, lo que si es posible argumentar es que el hombre necesita de la mujer para demostrar "algo" a sí mismo y a los demás.

El papel de la pareja traducida en el evento social como "matrimonio" puede rastrearse a lo largo de todos los rituales primitivos de la mayoría de las culturas, por ejemplo, las ceremonias de iniciación son consideradas por los antropólogos, ritos de paso que se relacionan con el embarazo y el nacimiento, el compromiso y el matrimonio, la muerte y los funerales.

El rasgo más importante de todas estas ceremonias es que tienen que ver con el movimiento de individuos o grupos, de una posición social a otra. El cambio puede referirse a la situación física, afiliación a un grupo o avance dentro de una carrera social (por ejemplo de la soltería al matrimonio). El cambio no es nada fácil, incluso algunos autores reconocen en él, pasos o etapas que cumplir; quizá ésta sea la forma de afrontar el temor que produce la transformación del estilo de vida.

Así, es posible reconocer tres etapas cuando el individuo cambia de un status social a otro: primero se **separa** física o simbólicamente de su posición actual; después, pasa por una etapa **transitoria,** y finalmente, se **reincorpora** a la sociedad, pero en un status diferente (Van Gennep, 1960 citado en Bock, 1985).

Lo que es más importante de considerar en estos "ritos de paso" es su función educativa. En todas partes la gente se preocupa por lo que van a decir los vecinos, y esta preocupación proporciona un motivo importante para educar y disciplinar a los hijos, ya que el comportamiento del niño repercute en los padres (¿quizá por que se pone en juego el prestigio o su poder para disciplinarlos?) y otros miembros del grupo. Las formas de control social son muy diferentes en las diversas culturas, pero siempre están presentes. En todas las sociedades el contenido de las tradiciones debe aprenderse, y el que ha nacido en su seno es consciente de las diversas fuerzas sociales que constriñen su comportamiento, así como de los castigos que se imponen al mal comportamiento. La fuerza de la opinión pública es muy grande en todas las sociedades en pequeña escala. Solamente en los grandes centros urbanos el individuo puede realmente, hasta cierto punto, lograr el anonimato y liberarse relativamente de las presiones del grupo (Bock, 1985).

Se puede concordar en este punto que la realidad de las grandes urbes es centrar la tradición o educación del niño-hombre en ambientes altamente despersonalizados donde el anonimato se logra cotidianamente, incluso algunos investigadores han sugerido que, como resultado del proceso de socialización, el hombre (como género) no ha experimentado ni expresado completamente el lado emocional e interpersonal de la vida (Kressel, 1980). Esperar respuestas emotivas del sexo masculino quizá sea una tarea que , por lo que se dice de ellos, no será muy fructífera, sin embargo se sugiere que el matrimonio es más frecuente en el hombre que en la mujer, y que por lo tanto la mujer se ajusta más a la soltería que el hombre (Gove, 1972; citado en Jordan, 1988). ¿Qué pasa entonces en el interior de los hombres para que adopten un patrón de conducta emocional silenciosa y de evitación de la soledad? Es posible que la respuesta se encuentre en procesos del interior del individuo -en su psiquismo- más que en su exterior.

Un camino para explicarlo es el **temor al incesto**. El psicoanálisis ha argumentado que la primera elección de objeto sexual en el varón es incestuosa. La vía de la elección de objeto lo ha llevado hasta su objeto de amor, por regla general, a través de la imagen de su madre y quizá también de su hermana (los objetos prohibidos) y a consecuencia de la barrera del incesto, su predilección se ha deslizado desde esas personas queridas de la infancia hasta parar en un objeto ajeno, imagen especular de aquellas (Freud, 1913).

La importancia de la madre resalta ahora en un primer lugar, pues parece ser que su relación primaria con el niño hace que germinen en él, la fuerza y la dirección que lo guiaran en su búsqueda de pareja.

En un escrito psicoanalítico en donde se habla de un grupo australiano primitivo es posible rastrear el papel fundamental de la madre en la prohibición del incesto; para ello es necesario contextualizar esta argumentación definiendo un simbolismo importante; "el tótem".

El tótem es en primer lugar el antepasado de la estirpe, del clan, y es además su espíritu guardián y auxiliador que le envía oráculos. En casi todos los lugares donde rige el tótem existe también la norma de que miembros del mismo tótem no entren en vínculos sexuales recíprocos, es decir que no está permitido casarse entre sí. De esta forma el tótem se liga con la exogamia.

> "La prohibición totémica constituye un indicio de que la herencia materna es más antigua que la paterna, pues hay fundamento para suponer que las prohibiciones totémicas están dirigidas sobre todo a las apetencias incestuosas del hijo varón. En la ulterior conformación del sistema de las clases matrimoniales se evidencia un afán por ir más allá de la prevención del incesto natural y grupal, prohibiendo el matrimonio entre parientes grupales más distanciados; se asemeja en esto a lo que hizo la Iglesia Católica al extender a los primos la prohibición de casarse entre sí, que desde siempre regía para los hermanos, e inventar, además, el grado de parentesco espiritual (padrinos y ahijados)". (Freud, 1913)

Considerar a la madre como objeto incestuoso tiene razón de ser cuando se piensa que el niño cuenta, para satisfacer sus impulsos sexuales, con la madre pues es ella la que atiende en sus primeros momentos de vida, al pequeño.

> "Las relaciones del niño con las personas que los cuidan son para él una fuente de excitaciones y satisfacciones sexuales, a partir de las zonas erógenas. Y esto mucho más si la persona encargada de esos cuidados (en general, la madre) le testimonia al niño sentimientos que derivan de su propia vida sexual" (Freud, 1905).

Sin embargo esta unión no es eterna y desde la etapa del "Espejo" en que se emerge de la simbiosis con la madre y se descubre la soledad, cada uno de los miembros de la pareja esperan encontrar en el otro la capacidad de anular la dualidad descubierta entonces y de restablecer la unidad primera. Desde el punto de vista psicoanalítico, el matrimonio se concibe como la introducción de un nuevo "ciclo de separación psicológica", y enfatizan que el proceso de separación-individuación como tal en los primeros años de vida del infante no es equivalente, en logros e importancia al proceso de separación-individuación que se reactiva en periodos posteriores de la vida, como es el caso de la relación de pareja (Mahler, 1975). Por consiguiente, desde esta perspectiva, el dilema de la interacción de pareja es una lucha por lograr un balance entre la separación-individuación, mientras se vive en armonía con un otro significativo.

El fantasma de aquella simbiosis primera hace su trabajo para desarmonizar este balance y es a través del **principio del placer**, siempre presente en la vida, que el ser humano se encamina en la búsqueda de la fusión ideal con la madre, fusión que se pensaba superada, pero que no se cesa de querer reencontrar en el objeto amado. Es este evento, la piedra eje que mueve, en el hombre, la necesidad de relacionarse en pareja; sin embargo la estrategia de este movimiento está guiada por la compulsión a la repetición.

La compulsión a la repetición es un proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual (Laplanche y Pontalis, 1994); por ejemplo es posible que se diga: "esta mujer no es totalmente la misma, pero tampoco es otra"; vale decir no es la Madre que se conoció, pero tiene que ver con ella. No ve a la otra como es, sino como *necesita* que sea, a fin de reparar la falla primera con la madre.

Aquí, se hace necesario evidenciar las diferencias entre el hombre y la mujer, dado que son caminos psíquicos diferentes los que transitan cada uno. Empezaremos con el del varón.

El Hombre proviene, como ya se mencionó, de un idilio imposible con una mujer, su madre; todo lo que busca es otro idilio pero ahora posible, con otra mujer "permitida". Sin embargo, no ha olvidado su drama con la primera, pues tuvo que renunciar a su deseo a causa del competidor, su padre, puesto que "ella" estaba casada con él, aún cuando a veces parecía preferir al hijo. Así, el padre se constituyó en rival insuperable y por eso el hombre temerá siempre que otro le arrebate a su mujer (Oliver, 1984).

Los efectos de *la primera repetición* pueden descubrirse ahora más claramente, puesto que los hombres, a causa de su temor ancestral a ser desposeído de su madre, tratarán de imprimirle a su relación de pareja la marca de su posesión, ya por signos que impondrá en el cuerpo de la mujer, ya por usos y costumbres concernientes a la fidelidad.

La segunda repetición, no menos nefasta para la pareja, tiene que ver con la afectividad del hombre. Por haber tenido que callar sus sentimientos amorosos hacia su madre al resolver su Edipo, parece haber perdido toda posibilidad de expresar sus sentimientos amorosos.

Para el hombre, la manera más corriente de manifestar sus sentimientos será "poseer" a la mujer, y esto es el efecto de *la tercera repetición* masculina: dominar para no ser dominado.

Para asegurarse que no volverá a caer en la dependencia, el hombre se inventará toda una serie de libertades que se toma fuera del hogar, lejos de su mujer; y ello porque necesita un margen de seguridad, necesita huir de la simbiosis.

El hombre le tiene un miedo psicótico a la que dice amar. Para vencer ese miedo y asegurar más su dominación, instalará su deseo por todas partes y ocupará él sólo todo el espacio disponible, esperando que la mujer adoptando un falso rol de feminidad, es decir, que sólo se limite a responder (Oliver, 1984).

Ahora toca revisar el otro lado de la relación, el camino que transita la **Mujer**. Ésta busca en el amor la unidad de su persona, que no ha podido conocer hasta entonces, ya que fue estimada en su niñez y deseada a partir de su adolescencia.

A través del amor trata de reunir al "sujeto estimable" con el "objeto deseable", buscando sentirse por fin una persona. La mujer quiere aprovechar la ocasión que le ofrece el hombre para ser por primera vez un "objeto que satisface" a alguien.

Debe observarse aquí que el varón, por nacer en el Edipo, conoce esta situación desde el principio y lo que busca es salir de ella; mientras que la niña está siempre procurando entrar y después mantenerse allí.

Al igual que en el hombre la compulsión a la repetición se hace presente en la mujer y en ella *el factor de repetición* despunta con la insatisfacción inicial puesto que va a manifestarse ahora dentro de la relación amorosa, y la mujer no podrá creerse "buen objeto" aunque su compañero se lo diga. Tendrá tendencia a compararse con las demás mujeres, sus rivales actuales, con las que querrá medirse, lo que la someterá a esclavitudes y obligaciones evidentes sólo para ella.

Pero esta mujer que atravesó la niñez sin acechanza y de prisa, esperando con toda sus fuerzas el momento de vivir en pareja, no podrá soportar la decepción; y ello le ocasionará las más graves dificultades afectivas de su vida. Con frecuencia, se concentrará en sus hijos, o caerá en la depresión (Oliver, 1984).

La pareja es la fantasía del reencuentro con una madre que jamás se habrá de volver a encontrar; es el sueño no sofocante para el hombre y deseoso para la mujer. Por encima del gran miedo "anal" del hombre y de la gran exigencia "oral" de la mujer, vienen a la búsqueda de la simbiosis perdida.

Si el hombre, **tratando de conservar su libertad**, se aleja un poco, la mujer padece por ello secretamente; y si la mujer, tratando de comprobar si es amada, reclama pruebas, el hombre se sentirá atrapado de nuevo en la trampa. Tal es la dialéctica del amor, y se verá más beneficiado el que reconociendo las fantasías del otro, no las tome por realidades, y tenga la posibilidad de jugar el juego sin tragarse el anzuelo.

Como el amor comienza por la simbiosis, su perenidad exige que se recorra y se reconozca esta primera etapa como un "sueño", y que el hombre y la mujer comprendan que la simbiosis entre ambos es tan peligrosa como la que vivieron con la madre, y que puede desembocar en el masoquismo, o sea en la muerte virtual de uno y otro, o de los dos (Olivier, 1984).

Parece ser que en su psiquismo, el hombre ha estructurado una serie de carencias y creencias que obstaculizan el camino que lo lleva a conseguir relacionarse en pareja "sanamente". Pero, si esto es cierto a nivel psíquico ¿qué pasa a nivel conductual y social?

Las relaciones sociales son una forma de interacción, con una cierta organización entre los participantes, que tienen propósitos tanto sociales como interpersonales.

Parece ser que la mayoría de la gente está motivada a actuar con otros por el deseo de obtener algo de ellos. Cada individuo estimula a otros a través de las interacciones interpersonales, buscando satisfacer sus necesidades cualesquiera que éstas sean --apoyo emocional, aceptación, sentirse adecuado, poderoso, sentirse seguro de que no lo van a dañar, castigar o aislar.

Cada persona ve a los demás en términos de sus potencialidades para satisfacer estas necesidades. La mayoría de la gente madura, inteligente y racional se involucra en este tipo de intercambio interpersonal, es decir, desarrollan una especie de "contrato" en el que se comprometen a dar algo, a cambio de recibir algo que necesitan.

Algunos autores señalan que cada persona desde que nace, desarrolla una orientación hacia el establecimiento de relaciones interpersonales (Reidl, 1985).

Entre las diferentes señales que se dan durante el proceso de transformación de una relación interpersonal casual hacia la de pareja, se observa que se establece un contrato conductual implícito, ambiguo y flexible, por medio del cual se desarrollan áreas de acuerdo entre los miembros. Las cláusulas más importantes de este contrato se refieren a la exclusividad de la relación y al carácter de intimidad en la comunicación.

Así, a pesar del actual cambio de papel de la mujer (trabajadora fuera del hogar) y del hombre, y de los movimientos feministas, homosexuales y aquellos referidos a los nuevos estilos familiares y matrimoniales, *la pareja heterosexual* (organización social constituida por dos personas, generalmente de sexo opuesto, que satisfacen mutuamente sus necesidades interpersonales), sigue siendo el probable germen de la descendencia tradicional (Reidl, 1985).

En la actualidad, la familia en mayor o menor medida siguen cumpliendo con sus funciones económicas, educativas, religiosas, recreativas, y la de proporcionar seguridad, salud y bienestar para sus miembros.

Por esta razón, algunos teóricos ven la relación de pareja como una unidad social, más que la suma de dos personalidades. La consideran como un nuevo nivel de organización, con nuevas cualidades, creadora de una identidad nueva y diferente y consideran que los procesos fundamentales que intervienen en la relación de pareja, son el de **complementariedad** y el de **compartir**.

Estos procesos tienen como finalidad la aceptación de diferencias, y la preocupación en cada uno de los miembros, de que se esté dando un crecimiento y desarrollo tanto en la pareja como en los individuos puesto que se caracterizaba por ser exclusivo, único y para toda la vida (Kovacs, 1983; citado en Cansino, 1986).

El avance de las civilizaciones ha transformado el estilo de vida y el rol que juegan todos los miembros de la sociedad y la pareja no es la excepción.

Las necesidades y demandas sociales y personales se modifican constantemente, por lo que la pareja, como entidad específica de estudio, es uno de los temas que aborda la psicología, sobre todo social y clínica, resaltándose su importancia en la interacción humana.

LA PAREJA

El estudio de la pareja se ha vuelto cada día más importante, pues ésta puede dar lugar al matrimonio, y por lo tanto a la familia, célula fundamental de la sociedad. La particular importancia de la pareja radica en que cada día se ve más amenazada por el incremento de la tasa de divorcio, el cambio en los papeles tradicionales del hombre y la mujer y la aceptación de estilos alternativos de convivencia matrimonial.

Los cánones morales que ayer inducían a un comportamiento acorde a esquemas fijos y precisos han perdido hoy su rigidez.

El nuevo estándar de familia, que iguala los derechos y deberes de los cónyuges; el propio feminismo, que ha librado una larga batalla por la emancipación de la mujer en todos los terrenos (casa, trabajo, sociedad, etc.) y los medios masivos de comunicación que instruyen en patrones de vida extranjeros, mucho han contribuido a la crisis de los valores tradicionales, provocando un cierto desequilibrio de los modelos establecidos. Los valores tradicionales típicos del período posterior al enamoramiento (por ejemplo, la fidelidad y el espíritu de sacrificio por el bien de los hijos y de la familia), ya prácticamente no se plantean como valores; han perdido la función de modelos ideológicos de consolidación de la institución familiar.

En cambio se ofrece de forma atrayente toda la variedad de las experiencias existenciales y la intensidad de las pasiones, las relaciones fáciles y la impaciencia que las caracteriza (Giusti, 1988).

Estas condiciones de la vida moderna han provocado que el matrimonio surja como un importante tópico de la psicología por varias razones. Una de las más importantes, ya mencionada anteriormente, es la que concierne al rango de divorcios y su efecto en el estilo de vida. Por lo menos en Estados Unidos los índices de divorcios han aumentado de la década de los 60's a los 80's un 50%, siendo válida esta proporción para otros países industrializados como: Australia, Canadá, Alemania del Oeste, Francia, Italia y Japón (O'Leary y Smith, 1991).

En México y de acuerdo a lo que reporta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática los índices de divorcio para algunas de sus ciudades (INEGI, 1997), se pueden consultar en la Tabla 5.

ENTIDAD FEDERATIVA			
	17,514	1,279	7.3
	18,965	2,578	13.6
	54,886	6,831	12.4
	50,091	2,011	4.0
	82,109	3,209	3.9
	30,949	1,824	5.9
	20,739	1,381	6.7
	19,662	1,393	7.1
	21,141	1,361	6.4
	39,443	2,097	5.3

TABLA 5: MATRIMONIOS Y DIVORCIOS POR ALGUNAS ENTIDADES FEDERATIVAS DE REGISTRO Y TASA DE DIVORCIALIDAD (1995).

* 1/ Es el número de divorcios que se producen en una población por cada 100 matrimonios en un año determinado.

Podría parecer que estos índices no son significativos, sin embargo la cotidianidad del divorcio como condición opcional al matrimonio es cada vez más frecuente.

También es necesario recordar que en esta cifras no se contemplan los fracasos que experimentan las parejas en unión libre o que por "mitos" femeninos no se llega al divorcio legal y la mujer vive en condiciones de maltrato, abandono o bigamia, sólo por mencionar algunas.

Al mismo tiempo, por cada casamiento que termina en divorcio, hay muchos en que los cónyuges permanecen juntos, pero están emocionalmente separados el uno del otro.

Siguen juntos no por razones de amor, sino por necesidades económicas, deber hacia los hijos, dependencia personal, temor a la soledad o, simplemente, porque no hay otra parte a donde ir.

Esta situación tiene sus consecuencias como por ejemplo: familias con un solo padre que crían niños con un aprendizaje parental parcializado; aumento en los índices de depresión y suicidio en adolescentes que provienen de una estructura familiar desorganizada y aumento en algunas psicopatologías del adulto (como por ejemplo el alcoholismo y la depresión) asociadas con desordenes maritales.

Al respecto de este último punto se menciona que aproximadamente el 40% de todos los pacientes de las Clínicas de Salud Mental en Estados Unidos indican que los problemas maritales son parte importante de su padecimiento (Yeroff, 1981; citado en O'Leary y Smith, 1991).

Para justificar la ruptura de un vínculo matrimonial se puede considerar suficiente: la pérdida de intensidad y de calor emotivo, la insatisfacción sexual, la desaparición del placer de estar juntos, la pérdida de la capacidad de comunicación, etc. (Giusti, 1988). Sin embargo las tres formas principales, definidas social y legalmente, de actuar en los conflictos conyugales son: el adulterio, la crueldad y la deserción (Dicks, 1970).

Estas categorías se pueden confirmar en la Tabla 6, en el que es posible explorar la diversa gama de motivos de divorcio que, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1977) predominan en el Distrito Federal y que nos permite valorar cómo, estos actuales modelo sociales, están guiando a las parejas hacia la separación.

MOTIVO DEL DIVORCIO	HOMBRE	MUJER	AMBOS
Mutuo consentimiento	-	-	2,057
Adulterio	11	16	-
Propuesta de [illegible]	-	1	-
[illegible]	1	9	-
[illegible]	-	4	-
[illegible]	1	5	-
[illegible]	288	542	-
[illegible]	323	576	-
[illegible]	3	3	-
[illegible]	49	228	-
[illegible]	30	454	-
[illegible]	2	3	-
[illegible]	-	1	-
[illegible]	-	14	-
[illegible]	206	340	-

TABLA 6: MATRIMONIOS Y DIVORCIOS POR ALGUNAS ENTIDADES FEDERATIVAS DE REGISTRO Y TASA DE DIVORCIALIDAD (1995). * Sevicia: Crueldad excesiva; malos tratos.

Se puede confirmar que aunque son muy diversos los motivos que han llevado a estas parejas a la separación es notable que no es el varón el que predominantemente solicita el divorcio, manteniendo latente su necesidad de convivir en pareja, y que al parecer en la mujer es menor.

En una investigación con 168 australianos que se divorciaron, se encontró que la decisión la tomó su esposa en el 65% de los casos, ellos en el 19% y ambos en el 16.2%. Así mismo cerca del 72% de estos matrimonios separados intentaron, por petición de uno o ambos miembros, reconciliarse y volver a vivir juntos.

El porcentaje de demanda de reconciliación fue en el hombre del 54% y en la mujer de sólo 7%. Esta situación confirma el patrón de que el hombre busca más la reconciliación que la mujer (Jordan, 1988).

Al respecto, en la literatura se reporta que el hombre reacciona de diferente manera cuando la separación ocurre, y que son ellos quienes requieren de más ayuda después de que se da la ruptura.

Para muchos la separación es una experiencia altamente trastornable para aquellos hombres que han contado con un largo tiempo para examinar por qué se llegó a esa situación. Después de 1 a 2 años de la separación 65% de 134 hombres entrevistados mencionaron que fue un terrible error el divorcio; el 46% mencionó sentirse enojados con sus esposas y el 39% sentían que nunca debieron dar el divorcio.

En este mismo estudio se reportó que después de la separación, 45% de estos hombres presentaban problemas con el dormir y 30%, dolores de cabeza; y que en ambos estas manifestaciones físicas se toman como evidencias tempranas de estrés psicológico (Jordan, 1988).

Por otro lado, es evidente que el adulterio tiene un papel primordial en los motivos de divorcio y esto se comprueba que la relación heterosexual única y para toda la vida está perdiendo fuerza.

La modernidad ha sustituido esta forma de relación por el de monogamia seriada y por las relaciones llamadas "abiertas". La monogamia seriada implica el tener una serie de relaciones heterosexuales exclusivas, cada una de ellas terminadas por divorcios o separación; mientras que las relaciones abiertas involucran a una variedad de relaciones heterosexuales (posiblemente sexuales aunque no necesariamente).

De esta manera, la gente en la actualidad está teniendo más y más relaciones heterosexuales cercanas, y esto junto con la posible disminución de la autoestima, está plagando de inseguridad y soledad las relaciones heterosexuales.

Tangencialmente, las sociedades altamente orientadas hacia la pareja producen normas referidas al sistema de aparejamiento creando, por lo tanto, un alto sentido de propiedad y exclusividad que propicia la aparición de fenómenos cognitivos, psicológicos y sociales como la **envidia** y los **celos** retroalimentando, de esta manera, la soledad y la inseguridad

En el momento en que la mujer lucha por una posición de igualdad respecto al hombre, y que los papeles de ambos se ven necesariamente modificados, surgen un sinnúmero de situaciones en las que se puede fácilmente provocar la envidia en uno de los miembros de la pareja en función de los logros, atributos o posesiones que el otro pueda alcanzar en esta nueva fórmula social.

Se considera que los conflictos surgidos en estas nuevas circunstancias socioculturales tendrían consecuencias que deben estudiarse, pues pueden llevar a la desavenencia y ruptura de la pareja; sobre todo si las situaciones actuales provocan en alguno de los miembros una sensación de ineficiencia, minusvalía, o atacan a su autoconcepto y por lo tanto a su autoestima.

En un estudio realizado en México estas emociones tienen las siguientes manifestaciones:

En general las mujeres son más celosas que los hombres y los hombres aceptan menos la independencia de los miembros de la pareja, y apoyan más la exclusividad social y sexual de la relación que las mujeres (el hombre es celoso de forma diferente a como lo es la mujer, puesto que en ella es el resultado de la desesperación de verse abandonada y en él son producto de la furia de verse suplantado por otro (Oliver, 1984)).

También se concluyó que las mujeres tienen mayor ambivalencia hacia la relación y hacía sí mismas y confían menos en sus parejas que los hombres, mientras que ellos son más envidiosos y su *autoestima* es más *dependiente* que la de las mujeres (Reidl, 1985).

La razón o explicación de estos sentimientos los podemos buscar en escenarios sociales en donde la modificación de roles puede dar luz a este fenómeno.

Sin embargo esta situación puede tener su origen en un ambiente más íntimo, más personal; se puede hallar en el psiquismo del ser humano (puesto que en cuanto a su origen y desarrollo la envidia y los celos se forman a partir de la rivalidad entre el primogénito y el segundo hermano, y aquella entre el hijo y el padre con respecto a la exclusividad de la relación con la madre) demostrándose de esta forma la codependencia entre las unidades psicológica y social del hombre.

Estas emociones son en la actualidad un problema mayor de lo que eran en el pasado, puesto que cada vez es más posible que la mayoría de las personas eventualmente pierdan o tengan que compartir a sus parejas (Reidl, 1985).

Es lógico pensar que en la relación con una persona que no sea el cónyuge se intenta encontrar una autorrealización mayor que la alcanzada en el matrimonio.

La infidelidad se convierte así en una especie de vía para experimentar nuevos momentos de plenitud, más idóneos para la propia personalidad, un modo de conocerse mejor a sí mismo y, a veces, para descubrir aspectos del propio yo absolutamente desconocidos antes (Giusti, 1988).

La infidelidad puede ser considerada como una válvula de seguridad necesaria para preservar a los matrimonios que, en la actualidad, están sometidos culturalmente a presiones excesivas; no obstante, resulta importante destacar que ese beneficio lo obtendrán aquellas parejas donde existe el aburrimiento, la separación temporal y la propensión al conflicto (Bonilla, 1993).

Aún conociendo que la pareja ha sido infiel, es frecuente que el cónyuge afectado tolere o soporte la situación; esto puede suceder, ya sea porque proporcione el mantenimiento de un cierto estatus familiar, social o económico, o por su incapacidad para afrontar la soledad y un nuevo estilo de vida.

Para algunos autores la infidelidad en el hombre es una manera de autoafirmarse, de certificar su masculinidad y su virilidad; puesto que es frecuente que éste presuma a su grupo de referencia que tiene relaciones extramaritales.

Sin embargo, se ha observado que, si bien las mujeres no hablan abiertamente de su infidelidad a su grupo, las estadísticas muestran un considerable incremento de infidelidad en éstas, aunque las diferencias entre sexo siguen siendo importantes dado que aproximadamente el 70% de hombres y el 30% de mujeres mantienen relaciones extramaritales (Wolfe, 1982; citado en Bonilla, 1993).

En una investigación realizada en el Distrito Federal, con 314 sujetos casados (164 hombres y 150 mujeres), se encontró que el 55% de los hombres resultaron fieles y el 44.5 infieles. De las mujeres el 96% eran fieles y el 4% infieles (Casas y Gudiño, 1985).

También se reportó, en este estudio, que la imposibilidad de mantener una vida sexual placentera dentro del matrimonio puede llevar al individuo a buscar una relación extraconyugal, puesto que se infiere que cuando el cónyuge no está interesado en las relaciones sexuales con su pareja matrimonial, o cuando hay diferencias en este interés en cuanto a la frecuencia o variedad de técnicas, se está dando lugar a que el cónyuge busque las relaciones extramaritales para lograr su satisfacción sexual.

En este mismo estudio se encontró que entre más tiempo de casados tiene una pareja, existe una menor satisfacción marital y que mientras más años de edad van cumpliendo los cónyuges su satisfacción marital disminuye.

Esto último se deduce porque el porcentaje de personas infieles más alto se dió entre la gente de mayor edad, y porque se observó que a mayor edad, se presenta menor satisfacción sexual y marital, así como un mayor grado de soledad conyugal, puesto que el deseo de disfrutar más del sexo con el cónyuge fue mayor en personas que llevaban más tiempo de casadas.

Estos resultados (Tabla 7) pueden compararse con los reportados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1997), acerca del índice de divorcio en hombres de acuerdo a la duración del matrimonio y edad al momento del divorcio, por lo menos en lo que se refiere al Distrito Federal.

EDAD DEL DIVORCIADO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	-	25	-	-	3
[illegible]	11	349	25	2	99
[illegible]	10	678	291	44	251
[illegible]	6	396	445	366	257
[illegible]	3	221	262	641	141
[illegible]	2	90	93	633	66
[illegible]	2	38	28	437	36
[illegible]	1	56	32	645	39
[illegible]	1	29	17	60	-

TABLA 7: HOMBRES DIVORCIADOS EN EL DISTRITO FEDERAL DE ACUERDO A GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD AL DIVORCIO Y SEGÚN LA DURACIÓN SOCIAL DEL MATRIMONIO (1995).

Para la mujer, la infidelidad está asociada con sentimientos de soledad y de insatisfacción marital y entre ellas es más frecuente en mujeres sexualmente liberadas y con un estilo de vida de mayor libertad. Esta situación coincide con una investigación que reporta que, las mujeres que trabajan son más infieles que las que se dedican a las actividades domésticas (Casas y Gudiño, 1985).

Desde un punto de vista psicoanalítico un hombre vinculado a dos mujeres, ha experimentado una niñez traumática y un complejo edípico que involucra dos objetos maternales en la familia: una madre odiada y, la otra, amada. De este modo son capaces de mantener una relación monogámica futura, pero al perderse la pasión sexual, se vuelven emocionalmente distantes y pueden enamorarse apasionadamente de otra mujer (Weiss, 1987; citado en Bonilla, 1993).

En una investigación realizada en México, se encontró entre los principales precedentes que favorecen la presencia de la infidelidad en la relación de pareja; la insatisfacción (falta de amor, desarmonía en la relación); características personales (inseguridad, inmadurez e incapacidad para entregarse sexual y emocionalmente, en forma plena, a la pareja); problemas de comunicación (incapacidad de trasmitir ideas y sentimientos); factores culturales y/o educativos (actitudes machistas, temor al cambio social) aburrimiento (constante monotonía e incapacidad para el proceso creativo) y factores sexuales (pérdida del deseo y atracción sexual).

De esta forma la pareja, como proceso dinámico de interacción, se ve afectada por diversas variables que se modifican de acuerdo a la capacidad de los miembros para fortalecerlas, conocerlas y negociarlas y; que al verse matizadas por emociones diversas como son la envidia y los celos y procesos complejos como la infidelidad, hace necesario revisar el papel que juegan estos y otros factores en esta relación interpersonal.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTABILIDAD DE LA PAREJA

Indudablemente que la vida en pareja está cambiando y metamorfoseándose, condición que confirma su estado dinámico y creativo, por lo que el estudio de los factores que hacen que dos personas se unan e intenten volver a recrear tan primitivo rito, varía de autor a autor.

Así, algunos investigadores consideran que lo fundamental en las relaciones es la "necesidad" de los miembros de la pareja de sentirse "necesitados" por los otros. Esta situación lleva a la pareja a interactuar bajo tres principios:

- **Inclusión** (necesidad de interesarse en otros y de que se interesen en él),
- **Control** (necesidad de respetar a otros y de ser respetado por el hecho de poseer ciertas habilidades y/o capacidades) y
- **Afecto** (necesidad de amar y de ser amado) (Reidl, 1985).

Estas necesidades se verán influenciadas y dirigidas de acuerdo al nivel de interacción que establecen los miembros de la pareja, como a continuación se revisa.

- **Primer Nivel:** La pareja se relaciona al coincidir sus antecedentes sociales y culturales, es decir que los intereses comunes los mantienen unidos.
- **Segundo Nivel:** Se refiere a las expectativas personales conscientes respecto de los propios roles y los de la pareja en el marco de la relación matrimonial.
- **Tercer Nivel:** Señala la movilización inconsciente de ambos miembros de la pareja de imágenes del sí mismo e imágenes objetales, hasta llegar a un equilibrio en el que se estabilizan los roles recíprocos inconscientes que mejor se ajustan a las relaciones objetales internas inconscientes que fueron activadas.

A través del análisis de las contradicciones que se producen en estos niveles de interacción, se estudian los conflictos de la pareja, llegando a considerar que la contradicción en un nivel provoca un estado crónico de conflicto pero que la pareja tiende a seguir unida.

Sin embargo, cuando dos niveles de la interacción presentan discrepancias, el resultado más seguro es la separación (Kernberg, 1979).

También se ha señalado, que el matrimonio como fase del desarrollo, interviene directamente en la consolidación de la identidad ya que, propicia la integración de logros del desarrollo pasado en una nueva estructura, por ejemplo se enfatiza que la resolución del complejo de Edipo constituye la base de la relación marital, ya que, influye en la determinación y establecimiento de limitaciones firmes que permiten la intimidad emocional y unión física sin miedo de fundirse; así como también, permite a la pareja hacer a un lado temporalmente sus propias necesidades, en favor del compañero y sin pérdida del self. (Kovacs, 1983; citado en Cansino, 1986).

Además de este avance en la estructuración psíquica, algunos investigadores han propuesto ciertas dimensiones que son necesario contemplar, si es que se quiere abordar de forma social y conductual las fluctuaciones que provocan la armonía y desavenencia marital, éstas son:

- **Límites:** Se refiere a la capacidad de la pareja de establecer límites contra la interferencia de otras personas o cualquier otro aspecto que afecte la armonía de la relación.
- **Intimidad:** Corresponde a las oscilaciones en distancia espacial y emocional a través del proceso de vida compartida. En la pareja surge la necesidad de acercamiento pero el miedo a la cercanía conduce al alejamiento.

- **Poder o jerarquías:** Corresponde al análisis del establecimiento de jerarquías y manejo del poder en la relación, así como del nivel en que tales aspectos se dan en la pareja ya que pueden producirse tanto a nivel manifiesto como por medio de maniobras encubiertas.

Otra forma de abordar el estudio de la relación de pareja es de acuerdo al tipo de relación que se establece. Éstas son principalmente de tres clases:

- **Relación simétrica:** Los dos miembros de la pareja mantienen los mismos tipos de conducta, se reducen al mínimo las diferencias de poder, ambos tienen los mismos derechos y obligaciones y los problemas que se suscitan son a nivel de competencia.
- **Relación complementaria:** La conducta de ambos es diferente y mantienen posiciones extremas. Esta relación es la más tradicional, generalmente uno de los miembros mantiene el poder y el otro se somete, a pesar de las diferencias, ambos parecen satisfacer sus necesidades. La desventaja de este tipo de relación es el enojo y el resentimiento profundo que se produce en la persona sometida.
- **Relación paralela:** Ambos alternan entre aspectos simétricos y complementarios de acuerdo a contextos diferentes y situaciones cambiantes, pueden darse apoyo mutuo y compartir sanamente. Este es el tipo de relación más deseable, ya que permite la capacidad de soportar y compartir sin temor, debido a que ambos conocen que ninguno de los dos puede ganar todas las impresiones a expensas del otro (Barragán, 1980; citado en Cansino, 1986).

Por otra parte, un factor que explica la interacción entre la pareja esta relacionado con el tipo de comunicación que se establece, encontrándose que algunos autores reportan diversas clases de ésta, así se reporta:

- **Comunicación Controladora:** Inhibe la posibilidad de verbalizar explícitamente las realidades internas que experimentan los miembros de la pareja. Es una actitud de rechazo y censura a toda búsqueda mutua de aspectos significativos.
- **Comunicación Convencional:** También se basa en la inhibición, pero la táctica consiste en disculpas o verbalizaciones superficiales para mantener la ignorancia de los aspectos significativos y privados de la pareja.
- **Comunicación Especulativa:** Es una comunicación abierta de estilo analítico y respetuoso hacia diversas facetas de la relación, pero con baja revelación de sentimientos.

- **Comunicación Contactual o de Contacto:** Consiste en verbalizaciones explícitas y con un alto grado de revelación de sentimientos.

Partiendo de este modelo explicativo los investigadores argumentan que tanto hombres como mujeres prefieren y piensan que usan más la comunicación contactual y especulativa, sin embargo, la observación demostró que en la realidad los hombres usan más la comunicación convencional, mientras que las mujeres la contactual. Por consiguiente la mujer tiende más a buscar igualdad emocional, profundidad, apertura y aceptación, por lo que recurre frecuentemente a la comunicación contactual sin defensa, y puesto que los hombres reciben lo que esperan de su pareja (la comunicación contactual) éstos reportan sentirse más satisfechos, mientras que las mujeres más insatisfechas, debido a que reciben comunicación convencional y controladora por parte de su pareja (Hawkins, 1980).

Una observación interesante sobre las dificultades de la comunicación, es la realizada por investigadores que mencionan que las parejas tienden inconscientemente a evitar solucionar las frustraciones diarias, y éstas más bien se acumulan para luego ser sacadas en forma inflada (Mitchell, 1982).

En cuanto a los estudios que consideran al tipo de rol que desempeña cada miembro de esta diada, como factor determinante para la calidad de la relación de pareja, se reportan dos categorías principales:

- **Roles instrumentales:** Este tipo de rol es más esperado en el hombre dado que se considera que a través de este papel, el varón se encarga de la solución de problemas, del completamiento de tareas, se preocupa en proveer a la familia, de la toma de decisiones y de imponer su autoridad. Todo esto bajo la retroalimentación constante consigo mismo.
- **Roles expresivos:** Este rol, como opuesto al primero, se le atribuye más a la mujer dado que en él se encasilla a la ama de casa, pues de éste se espera el cuidado y preocupación en el otro y ser soporte y fuente emocional. (Fritzpatrick, 1982).

Sin embargo en esta época parece ser que estos roles ya no son tan rígidos y cada vez es más frecuente que se invadan mutuamente.

Esta es una situación que, de acuerdo a otros autores puede ocasionar dificultades a la pareja actual, puesto que se ha encontrado que la insatisfacción aumenta cuando se presenta una discrepancia entre el rol que se espera de la pareja y el que verdaderamente está desempeñando, es decir, que entre menos discrepancias mayor satisfacción; aunque no se especifica si el rol esperado es el social y tradicionalmente esperado (Bocher, 1982).

Esta permutación de roles es una postura polémica dado que, por ejemplo, se ha reportado que no se ha producido un incremento en la intervención de los maridos en la realización de tareas del hogar (Atkinson y Huston, 1984).

En otros aspectos también se reporta que conforme el **tiempo de relación** aumenta, menos se perciben enfrentamientos en las relaciones; que las parejas que viven con sus **hijos** perciben más positivamente su relación de pareja y presentan menos disyunciones en sus procesos perceptivos, que las parejas sin hijos; que conforme aumenta el **nivel escolar** , más negativa se percibe la relación de pareja y más disfunciones se presentan en los procesos perceptivos, aún más en las parejas en que los miembros tienen diferente nivel de escolaridad, tienden a percibir más denigración y decepción en su relación de pareja y más disfunciones en sus procesos perceptivos sobre la relación (Cansino, 1986).

Todas estas razones han hecho que aumente el interés en la terapia marital en particular y en la investigación de la relación de pareja en general, puesto que es una de las relaciones humanas más controvertida de tratar y que además ha abierto un gran mercado de trabajo a los terapeutas.

La necesidad de la terapia marital se ha desarrollado en varias esferas y ha involucrado a profesionales tales como los psiquiatras, los psicólogos y los trabajadores sociales, las teorías varían de época a época y se modifican por la investigación de hallazgos y precisión de los conceptos, por lo que se abre aquí un buen momento para esbozar de forma breve algunos modelos terapéuticos del trabajo con parejas.

MODELOS TEÓRICOS DEL ARREGLO MATRIMONIAL

El matrimonio no es una respuesta, sino una búsqueda, un proceso de vida, así como el diálogo es una búsqueda de la verdad. El fracaso del matrimonio es el fracaso de nuestra cultura para proporcionar modelos y expectativas razonables sobre las relaciones humanas.

La concepción del buen matrimonio es tal vez una de sus características más destructivas. El matrimonio ideal es un lazo, una trampa, una imagen cuya adoración destruye la vida. El matrimonio ideal es como el cuerpo ideal o cualquier otro ideal, útil sólo si origina el descontento divino que conduce a la búsqueda y a la autenticidad.

Se dice que la pasión decrece a lo largo de la vida matrimonial y sobre todo en los primeros años, las pocas parejas que han encontrado su matrimonio satisfactorio a lo largo de los años reportan que el amor y la atracción sexual permanecen. Es posible que dialogar durante el matrimonio sea la única concepción que engendra vida y desarrollo conforme avanza la convivencia. El diálogo es la forma apropiada para que el ser humano esté y se esfuerce por estar en compañía de sus semejantes, y evite la imposición de juegos de poder y la manipulación. Lamentablemente, el engaño, la manipulación, el soborno y las amenazas son habilidades que se aprenden con papá y mamá (Jourard, 1987).

Si esto no es suficiente argumento para validar el papel del trabajo terapéutico como vía para el establecimiento de relaciones de pareja más creativos, estables y adaptados a las demandas de la sociedad moderna, es de esperar que la relación de pareja vaya decayendo constantemente. Ahora bien, si se quiere no participar en este destino ¿cuáles son las alternativas?

Modelo Psicodinámico del Arreglo Matrimonial

Uno de los principios centrales de la formulación psicoanalítica del arreglo matrimonial es el que se refiere a la elección de pareja.

En esta perspectiva se menciona que la gente consciente e inconscientemente busca a su pareja como una forma de gratificación a sus necesidades narcisistas.

Así, la represión dinámica de estas necesidades narcisistas y su introyección y proyección sobre el "compañero potencial", lleva a la gente a preferir a una pareja que complemente sus necesidades.

En otras palabras, va a elegir a "aquel o aquella" que sirva como mejor sustituto de su inalcanzable *ideal del yo*.

De esta forma, la elección de pareja va a cubrir dos necesidades primordiales:

1. La necesidad de Complementaridad y
2. La necesidad de Similitud de Personalidad.

La primera de ellas se explica con la necesidad inconsciente de alcanzar al ideal del yo, del que ya se había hablado. De la segunda necesidad, los genetistas conductuales han estudiado a ambos esposos correlacionándolos con un gran número de dimensiones de personalidad, y se encontró no complementaridad sino similitud en la personalidad de la pareja (Buss, 1984).

El ambiente marital que logra crear cada persona es consistente con su predilección conductual , esto es de interés no sólo como algo importante acerca de las características de la persona sino como una fuente de influencia para su autoconcepto y como una variable que afecta el desarrollo de la personalidad del adulto.

La detección de esta necesidad debilita la asociación entre complementariedad y el ajuste marital y algunos autores relacionan más la similitud de personalidades entre esposos, la necesidad de filiación, la agresión, la autonomía y la crianza, como factores que afectan el ajuste matrimonial (O'Leary y Smith, 1991).

En esta misma línea, en un estudio con parejas jóvenes que duraron casadas sólo cuatro años y con otro grupo que permanecían juntos, se encontró que las parejas que conservaban el vínculo marital se les detectó rasgos significativos de complementariedad, en cambio a las parejas divorciadas no se les encontró rasgos ni de similitud ni de complementaridad.

Ahora se puede deducir que la personalidad de los esposos tiende a ser similar y el grado de similitud se correlaciona positivamente con la satisfacción marital (Bentler y Newcomb, 1978).

La personalidad puede ahora tomar un lugar entre las características físicas, cognitivas, las habilidades, el sexo, la educación, la religión, la carga étnica, las actitudes, opiniones y estatus socioeconómico, como factores que contribuyen a la elección marital.

Una segunda tendencia importante de la formulación psicodinámica que afecta la relación marital es la concerniente al rol, en cada uno de los esposos, de su desarrollo psicosexual individual y el papel que éste juega en la función marital.

En particular a la importancia de la manifestación del afecto (cómo, cada uno de los esposos, lo aprendió en sus respectivas familias de origen) y de cómo se superó la relación con el objeto primario.

De esta postura se reporta que la forma en que se vivió la niñez y de cómo se aprendió el afecto a través de la relación padre-hijo, se modifica la relación romántica del adulto.

Una última tendencia que aborda la corriente psicodinámica es la relacionada con el nivel o tipo de neurosis de cada uno de los miembros de la pareja; encontrando que esta característica junto con la impulsividad, la inestabilidad emocional, la irritabilidad, la psicopatología, los temores, el pobre ajuste social y conceptos relacionados a la neurosis se relacionan con niveles bajos de adaptación marital.

Sin embargo, se reconoce que aún falta más investigación acerca de este apartado (O'Leary y Smith, 1991).

Modelo de Aprendizaje Social del Arreglo Matrimonial

Esta alternativa teórica hace referencia principalmente a la conducta verbal como una forma de fomentar o resolver los problemas maritales.

Las parejas que reportan una relación displacentera son más confrontativas, quejumbrosas y defensivas con su esposo(a) que con otras personas, así la retroalimentación de la conducta negativa se da contantemente entre esta diada, es decir que un miembro de la relación emite una conducta contingente a su pareja y éste contesta con otra conducta negativa.

Este es uno de los grandes problemas a resolver ante la resolución de problemas maritales.

Al parecer los esposos se manifiestan en constante desacuerdo en la conducta cotidiana de la relación heredándole las características cognitivas del modelo marital previo (entendiéndolo como el de los padres).

De esta forma las parejas con conflicto tienden a tomar de forma poco objetiva y más negativa la conducta de su compañero.

Esta dinámica nos introduce a un círculo vicioso puesto que la relación de pareja de los padres, la carencia de apego seguro entre padres e hijos o los estilos de crianza autoritarios o permisivos que los padres ejercen al interactuar con sus hijos representan factores de riesgo (éstos no sólo son las condiciones ambientales que predicen disfunción a futuro, sino también son características y estilos personales, ya sean adquiridos o no, con los que la persona interactúa con las situaciones que le plantea el ambiente circundante) que anuncian disfunción psicológica. (Hernández-Guzmán y Sánchez- Sosa, 1996).

En lo concerniente a las características afectivas de la satisfacción marital, los teóricos del aprendizaje social reportan dos fuentes principales: La *primera* es la referente a el afecto manifiesto en la comunicación de los esposos, al respecto se ha descubierto que las características afectivas de la comunicación fueron indicadores de la calidad de la relación marital. Un *segundo* elemento es el que se reporta y se encuentra en esposos que se juzgan como amorosos, éstos tienen la característica de considerar al matrimonio como un valor más alto, dándose así a conocer que, los sentimientos positivos hacia la pareja se correlacionan positivamente con el grado de satisfacción sexual (O'Leary, 1983). De esta forma la satisfacción marital se correlaciona negativamente con las emociones negativas y la satisfacción tardía, y se asocia y aumenta con eventos conflictivos durante el noviazgo.

Si esto es cierto, es un derecho y una obligación de los terapeutas investigar e intervenir en el "buen" curso de todas estas importantes variables, es decir de cómo aprendemos el amor y se ejercen las relaciones sexuales.

Las terapias clásicas orientadas en "el insight" enfatizan los factores inconscientes que influyen la elección del compañero y los conflictos que desarrollan durante la vida marital. Esta corriente teórica produce cambios en la comunicación y en la satisfacción marital, sin embargo no incluye las técnicas directivas que defienden los terapeutas psicodinámicos.

Por otro lado, las terapias conductuales maritales incluyen técnicas cognitivas. Esta estrategia se ocupa en refinar conceptualmente algunos problemas de la conducta marital, como por ejemplo algunos factores que provocan desordenes maritales como son la depresión o el alcoholismo de alguno o ambos miembros de la relación (Beach et al 1990; McCrady et al 1986 citado en O'Leary y Smith, 1991).

Al comparar estos dos modelos terapéuticos (insight y conductual) con grupos controles (lista de espera) en ambos se reportan resultados que producen una mejora significativa, en general, en la satisfacción marital y una reducción en el estrés psicológico individual. No se reportan diferencias significativas entre los dos tratamientos y en ambos sus resultados son clínicamente significativos reportándose cambios importantes en el 60% de las parejas. El énfasis en la terapia con orientación "insight" es en la interpretación de los dinamismos fundamentales que contribuyen a las dificultades maritales. En cambio la terapia marital conductual enfatiza el incremento de intercambios positivos y el mejoramiento de la comunicación. La diferencia más marcada en estas dos aproximaciones es que la técnica conductual tiene resultados inmediatos en cambio la modalidad de "insight" reporta éxitos a futuro (Snyder y Wills, 1989).

Modelo Humanista del Arreglo Matrimonial

Otro desarrollo interesante es el de las terapias enfocadas "emotivamente" que incorporan técnicas de la **Gestalt** y de la **Terapia Centrada en la Persona**. Estas terapias enfatizan la identificación de las vulnerabilidades fundamentales , los miedos y de los resentimientos no expresados que contribuyen a los ciclos de interacción negativa de los desordenes maritales. Las investigaciones que se han realizado acerca de estas aproximaciones reportan que producen cambios en la satisfacción marital equivalentes a los cambios observados por medio de la Terapia Marital Conductual. Sin embargo las parejas del enfoque "emotivo" reportaron mayor grado de intimidad con su pareja en comparación con las de las estrategias conductuales (Johnson y Greenberg, 1985).

En lo que se refiere al trabajo con parejas en **Psicoterapia Gestalt** se tienen en cuenta varios puntos, a saber:

- Desafío actual en la pareja.

- De qué tipo de familia proviene cada uno de los integrantes.
- Qué esperan y qué temen uno del otro.
- Cómo se encuentra la autoestima en ambos miembros.
- Qué compartir juntos y qué no.
- Diferenciar responsabilidades en cada uno de los miembros de la pareja.

Las parejas extienden los principios provenientes de la psicología de la Gestalt y los aplican a su terapia, en especial el principio de **figura-fondo** y el de organizar la experiencia en **"un todo y no sólo en sus elementos"**. Estas habilidades les permitirán elaborar una buena forma o gestalt clara, facilitando el crecimiento y el cambio que ocurre en su interrelación, que es lo que puede definirse como lo necesitado. Una forma pobre o gestalt interrumpida o difusa, puede traducirse en angustia en las parejas. El proceso terapéutico implica movimiento, es dinámico, no enfoca la actividad per se sino el cómo se llega al cambio y evita dicotomías, ya que una persona puede actuar como "X" en un momento y como "Y" en otro (Salama, 1988).

Durante el proceso terapéutico gestáltico, las parejas pasan por tres etapas:

1. **Identidad:** Aquí se determina quién es cada quién, qué quiere y qué espera de la relación.
2. **Influencia:** En esta etapa los miembros de la pareja buscan el poder y llevar el mando en la relación. La comunicación es de complementariedad rígida.
3. **Intimidad:** Aquí, dejan ya de competir para cooperar en una relación sana. Su comunicación es simétrica o complementaria, cuando así se requiera.

A grandes rasgos, estos tres modelos representan la propuesta psicológica del trabajo con parejas y que, como se pudo notar, tienen puntos a su favor y en su contra. Así, gracias a unos y a pesar de los otros, lo que sí es posible reconocer es que, en cada una de estas aproximaciones, es fundamental cubrir la demanda del problema de cada pareja, puesto que algunas de ellas requieren de soluciones que se encuentran en su psiquismo, otras en el manejo emotivo y otras más en el conductual.

Desafortunadamente, estos modelos no han sido estudiados de forma combinada por lo que utilizarlos de esta manera no es garantía para obtener mejores resultados.

Cada uno de ellos son alternativas que, aunque no definitivas, dan la pauta para seguir explorando y entendiendo la dinámica de la pareja (con la ventaja de hacerlo en un escenario experimental como lo es el consultorio terapéutico) y así alcanzar a comprender con claridad esta relación humana y quizá un día podamos prevenir a la población en general de los factores de riesgo que afectan el "normal " desenvolvimiento de una vida en pareja.

PREVENCIÓN

Es seguramente más fácil en nuestra época señalar las relaciones patológicas más obvias que delimitar las normas para relaciones matrimoniales sanas. Sin embargo, es fundamental la meta de elegir un modelo de matrimonio sano, por más elusivo y cambiante que éste pueda ser en nuestra cultura. Presumiblemente esa relación estaría caracterizada por un reconocimiento relativamente claro de ambiciones y valores, de énfasis positivo más que defensivo. Las ambiciones y valores deberían ser conpartidos en forma razonable por ambos cónyuges y deberían ser relativamente realistas, estables y flexibles. Habría un grado razonable de compatibilidad en sectores más importantes de experiencias compartidas como son: las áreas afectiva, social, sexual, económica y paterna. El conflicto no sería excesivo, estaría controlado y tendría principalmente un contenido realista antes que irracional. Habría tolerancia empática en las diferencias, basada en la comprensión mutua y también ecuanimidad y tolerancia para las necesidades inmaduras residuales que pudiera haber en cualquiera de los cónyuges. Habría participación mutua en el placer, responsabilidad y autoridad. Habría bastante realización de las metas para la relación y para el desarrollo posterior individual de cada cónyuge. Cada uno de ellos estaría tan interesado en el bienestar y desarrollo de su pareja como en el suyo propio.

Sin embargo, desafortunadamente, este ideal se aleja bastante de la pareja actual y el psicólogo es uno de los profesionales que corrobora esta realidad en su práctica cotidiana. Este planteamiento más que una condición que deprima o detenga la investigación e instrumentación de nuevas líneas de trabajo, es más bien el aliciente que motiva a planear, desde el campo preventivo y curativo, alternativas para que toda persona que intente llevar una relación de pareja pueda contar con opciones que lo acerquen cada vez más a la salud.

PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO DE LAS RELACIONES PREMATRIMONIALES

Cuando dos personas están enamoradas, ¿querrán saber acerca de los problemas que acarrea el matrimonio? Muy probablemente no. La expresión "el amor es ciego" puede convencernos de ello.

Las opiniones sobre la aceptación de las terapias premaritales no corre en un sólo cauce puesto que se dice que son pocas las parejas que en el estado de enamoramiento solicitan terapia, dado que se sienten amadas y sienten amar a su pareja y no desean examinar la relación con demasiado detalle. Además, y como si fuera una trampa de decisiones, se dice que aquellas parejas que solicitan asesoramiento premarital, se enfrentan con la idea frecuente, de que por lo menos una de las dos personas alberga ciertas dudas acerca del próximo matrimonio.

Esta idea generalizada se reporta a pesar de que los profesionales coinciden en que la terapia premarital es la mejor manera de reducir la tasa de divorcios (Siliceo y Uribe, 1996).

Así, una de las formas de prevención que, aunque han surgido principalmente de algunos grupos religiosos y actualmente retomados por los profesionales de la conducta, son los Programas de mejoramiento de las Relaciones Prematrimoniales desarrollados principalmente por Bernard Guerney y sus colaboradores en E.U. En ellos los grupos de parejas se reúnen 10 veces durante 2.5 horas a la semana.

Al comparar la evaluación de estos participantes con controles (personas de la "lista de espera" para ingresar) se ha encontrado que los sujetos experimentales puntúan mejor en habilidades empáticas, habilidades expresivas (principalmente en auto-revelación y apertura al no sentise amenazados), comprensión y un sentimiento general de satisfacción con su relación.

Asistir a una terapia de pareja prematrimonial puede ayudar a que la pareja:

- Logre un mejor conocimiento tanto de sí mismo como del otro.
- Aprenda a manejar los conflictos que se presentan a raíz de la relación misma.
- Fortalezca la relación.
- Logre mayor aceptación del compañero tal y como es.
- La terapia prematrimonial permite en términos generales la desidealización del compañero y la responsabilidad de elección.

Los programas premaritales ayudan a las parejas a reducir los índices de divorcio, sin embargo, una tarea mayor en esta área, es la educación del público acerca de la utilidad de estos programas y de sus alcances. Los programas prematrimoniales pueden ser muy útiles en grupos de alto riesgo como por ejemplo con parejas con segundos matrimonios y con adolescentes que desean casarse.

ENCUENTROS MARITALES

Otra manifestación preventiva son los llamados "Encuentros Maritales"(ME). Los Encuentros Maritales son una variación de programas con una base religiosa que surgieron en España a finales de los 50's como una forma de ayuda a las parejas casadas. En los M.E. las jóvenes parejas modelan cómo ellos hacen frente a las "alegrías" y a las "tristezas" del matrimonio.

En estos grupos se ha encontrado que no se mejoran las habilidades de comunicación ni se mejora la creatividad de solución de problemas, en cambio en los "Programas de Mejoría de las Relaciones Prematrimoniales" se hace evidente el cambio en estas mediciones.

Estas evidencias son de gran importancia puesto que indican que la educación premarital enfatizada en la comunicación y las habilidades de resolución de problemas reducen los índices de divorcio ((O'Leary y Smith, 1991).

Por ejemplo, se ha encontrado que en un grupo que se reunía en cinco sesiones de tres horas semanales y en el que se les impartía educación prematrimonial en comunicación y resolución de problemás se les asoció con puntuaciones mayores de satisfacción marital después de 1.5 a 3 años de casados en comparación con la satisfacción que manifestaban los sujetos control quienes no recibieron intervención.

Más aún, las parejas del programa de prevención presentaron significativamente menos deseo de separarse después de tres años de matrimonio, que el grupo control (5% Vs. 24%) (Markman et al, 1988 citado en O'Leary y Smith, 1991).

PROGRAMAS DE ENRIQUECIMIENTO MARITAL

Los encuentros maritales son una de las manifestaciones más antiguas de estos programas.

Los programas de Enriquecimiento marital es una técnica que ha sido poco investigada y por consiguiente no ha sido evaluada su efectividad, sin embargo un estudio indicó que las parejas que habían asistido a un Encuentro Marital mostraban mayor comunicación y en general mayor satisfacción marital que las parejas evaluadas y en lista de espera para participar en la experiencia (Costa, 1981; citado en O'Leary y Smith, 1991).

Una de las más cuidadosas investigaciones en los Programas de Enriquecimiento Marital es The Minnesota Couples Group Program, desarrollado en 1968 por Miller y colaboradores.

El Programa está basado en la teoría de que el matrimonio es un sistema de crecimiento, y se apoya principalmente en técnicas de intervención en los estilos de comunicación.

Las habilidades que reciben énfasis son: la flexibilidad en el estilo de interactuar y el darse cuenta del inadecuado manejo que realizan de la información que les da su esposa(o).

La técnica es reunir de cinco a siete parejas con un líder por tres horas durante una o cuatro semanas. Durante este tiempo se trabaja principalmente con "mini-contratos" que proponen soluciones a problemas específicos.

Los resultados de la investigación de este tipo de estrategia variaron, aunque se encontró mejoría en la calidad de la comunicación, aunque sólo en siete de las trece experiencias revisadas indicaron que se incrementaba la satisfacción marital (Wampler, 1982 citado en O'Leary y Smith, 1991).

Una manifestación de estos programas en la década de los 70's fue la llamada Terapia Conyugal en la que un líder ayudaba a los clientes a trabajar en áreas en las que el matrimonio encontraba problemas.

Estos programas son efectivos para incrementar la confianza, intimidad, comunicación y en general la satisfacción marital.

DESAFÍOS Y NUEVAS DIRECCIONES

POBLACIONES ESPECIALES

Los desordenes maritales ocurren dentro de diferentes contextos y su etiología y tratamiento depende significativamente de ésta.

Por ejemplo, el tratamiento de la mujer **depresiva** puede incluir el tratamiento de sus problemas maritales, así de la misma forma con el tratamiento de conductas adictivas como el consumo excesivo de **alcohol** de uno o ambos miembros de la pareja.

Se ha encontrado que en especial en la mujer el **abuso físico** está asociado con problemas de origen marital (McCrady et al 1986 citado en O'Leary y Smith, 1991).

Los problemas maritales pueden ser tratados paralelamente con otros trastornos como por ejemplo en pacientes a los que se les ha diagnosticado SIDA; con parejas de la **tercera edad**; con dificultades en la actividad sexual, etc.

En suma hay muchos tipos de población con desordenes individuales que repercuten en la vida conyugal y por ende ésta debe tratarse conjuntamente.

AMOR E INTIMIDAD

Mientras que el énfasis anterior en las relaciones matrimoniales descansa en lo que tenía que ver con la seguridad y la supervivencia, se da ahora cada vez mayor importancia a los valores de compañerismo y amor.

Hay razones para creer -a pesar de la falta de datos científicos- que la elección de compañera implica la combinación de muchos motivos: uno de ellos es permitirse dirigir sentimientos amoroso y necesidad sexual generalmente a miembros de clase social igual o semejante; uno más es la búsqueda, en el otro, de una imagen de sí mismo relacionada con una imagen de la familia; otro no menos importantes son los esfuerzos por lograr seguridad, estabilidad y prestigio.

En general, cuando una persona expresa su necesidad de amor ingresando en el matrimonio, se inclina a elegir una persona que corresponde a su disposición sexual, carácter, fidelidad al grupo, aspiraciones y valores (Ackerman, 1994).

Uno de los problemas más frecuentes que reportan los pacientes en terapia marital es la "disminución" del amor en su pareja. Luego entonces es importante cuestionar si en verdad el amor y la intimidad entre las parejas, no es un tema que debe ser tratado con más jerarquía. Más allá de los cambios en el amor o en el cuidado de un esposo, la estabilidad marital puede ser poco valorada por estas variables, por lo que el cambio debe darse a nivel de los terapeutas que se obligan a incluir estos tópicos en sus investigaciones.

PREDICTORES SOMÁTICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA SATISFACCIÓN MARITAL

El valor del factor emocional en condiciones tales como hipertensión, úlceras, colitis, asma y enfermedades de la piel es ampliamente reconocido.

El estudio de la enfermedad psicosomática tomando como principal puntos de referencia a la relación familiar y conflictos entre persona y ambiente, constituye un aspecto importante para la investigación futura.

La enfermedad psicosomática debe ser examinada desde cuatro puntos de vista:

1. El factor constitucional, si lo hay.

2. El factor especial que influencia la elección del órgano; esto es, el problema de la especificidad orgánica.
3. El factor de vulnerabilidad hacia el derrumbe psicosomático que se establece en la familia de la infancia.
4. La influencia de la adaptación del individuo a roles familiares y extrafamiliares en la adolescencia y edad adulta.

Los factores patogénicos en las pautas interpersonales del grupo, familia, comunidad y cultura (Ackerman, 1994).

Aún cuando mucho es todavía desconocido, hay evidencias de que la disfunsión psicosomática tiene en común algunos rasgos dinámicos con desordenes traumáticos de la personalidad.

La aparición de síntomas psicosomáticos refleja daño de las capacidades integrativas de la personalidad manifestado en una disminución del dominio del medio y del control de las emociones básicas.

Las perturbaciones psicológicas con disfunsión psicosomática, parecen en efecto representar un esfuerzo inútil para compensar esta falta de control. El potencial homeostático del organismo está variablemente lesionado. El organismo se enfrenta con una excesiva carga de estímulos, tanto de fuera como de adentro, que no puede superar adecuadamente.

El aspecto psíquico de la respuesta psicosomática sugiere un esfuerzo mal llevado para restablecer el control sobre el desborde emocional, y restablecer el dominio sobre los peligros en el medio externo a un nivel infantil de omnipotencia.

Parece ser el componente interno del conflicto, esto es, el conflicto enfocado en la zona entre el organismo y el medio, el que se relaciona más con la respuesta psicosomática que el componente interno.

Naturalmente este aspecto extrapsíquico del conflicto, sin resolver, se retroalimenta en la personalidad, y agrava los conflictos internos más viejos.

Así, la reacción psicosomática se concibe como un recurso sustitutivo inútil y regresivo para la descarga de impulsos en abierta acción; su propósito implícito es restaurar el control sobre una amenaza del ambiente por medio del restablecimiento del dominio mágico.

Los predictores fisiológicos de la satisfacción marital parecen estar lejos de las evidencias que asoman de estos patrones de valoración, y que afectan a la conducta conyugal.

La gran actividad autónoma tal como el incremento en la frecuencia cardiaca y aún más la sudoración están asociadas con la disminución de la satisfacción marital a través de un período de tres años.

La correlación de las medidas de elevación autónoma con la disminución de la satisfacción marital son imprecisas pero ha sido posible hacer algunas interpretaciones de los resultados. Por ejemplo para el **hombre** está asociado el incremento del ritmo cardiaco con la baja de satisfacción marital, en la **mujer** en cambio, se asocia la sudoración con este evento (Levenson y Gottman, 1985 citado en O'Leary y Smith, 1991).

Aunque la investigación al respecto es poco enriquecedora se puede detectar que los factores fisiológicos que predicen la baja de la satisfacción marital son diferentes para los hombres que para las mujeres.

> "...La persona curada a medias puede emprender también unos caminos menos inocentes, por ejemplo, en el caso de un hombre, buscando una ligazón prematura con una mujer. Señalamos de pasada que matrimonio infeliz y achaque físico son los sucedáneos más usuales de la neurosis. Satisfacen en particular la conciencia de culpa (necesidad de castigo) en virtud de la cual muchos enfermos se aferran tan tenazmente a su neurosis. Por medio de una elección matrimonial desafortunada se castigan a sí mismos; una larga enfermedad orgánica es considerada por ellos como una punición del destino y consiguientemente suelen renunciar a proseguir la neurosis" (Freud, 1919).

III

METODOLOGÍA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias con respecto a la calidad en la relación de pareja entre un grupo de pacientes con cardiopatía isquémica y un grupo sin cardiopatía?

HIPÓTESIS

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a la relación de pareja entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Ha: Si hay una relación entre cardiopatía isquémica y la relación de pareja que entabla el paciente, entonces se refuerza la necesidad de establecer servicios terapéuticos preventivos en las instituciones de salud.

VARIABLES DEL ESTUDIO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: Consideramos al paciente con cardiopatía isquémica cuando, por medio de el diagnóstico del médico cardiólogo y por técnicas intervencionistas se confirma que el sujeto posee la enfermedad.

Con la aceptación del diagnóstico médico y por los factores conductuales y psicosociales de la enfermedad que se reportan en la literatura, se considera que son personas con: Personalidad de Tipo "A" (presentan un gran impulso hacia el trabajo, sensación de urgencia con respecto al tiempo, se involucran en múltiples actividades profesionales o de aficiones, son menos capaces de usar su tiempo de descanso y tienen mayor número de interacciones hogareñas conflictivas, son hostiles, agresivos, ambiciosos y competitivos); Complejo Hostil (agresividad manifiesta y sostenida dirigida hacia el exterior del individuo, estallidos frecuentes de iracundia e intolerancia); contacto con eventos estresantes cotidianos; limitado soporte social; patrones adictivos (cigarro, café y/o alcohol); vida sedentaria; presencia de cuadros de miedo y angustia; necesidades excesivas de dependencia o necesidad de controlar el ambiente; dieta alta en lípidos y tensión psicosocial.

RELACIÓN DE PAREJA: Esta variable está relacionada con la forma en que el paciente isquémico se expresa de su pareja, responde a los [illegible] del grupo.

OBJETIVOS

1° Investigar la posibilidad de que la calidad de la relación de pareja que entabla el paciente con isquemia sea insatisfactoria y por consiguiente estresante, condición que la puede convertir en un factor de riesgo para padecer esta cardiopatía.

2° Proponer alternativas de la [illegible] del paciente con isquemia.

3° Fomentar el establecimiento de acciones psicológicas preventivas en las instituciones de salud.

4° Establecer la importancia del trabajo psicológico en el campo de la prevención y la salud pública.

SUJETOS

Participaron 100 pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos y del Servicio de Cardiología del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE. Estos pacientes estaban hospitalizados por un diagnóstico de Cardiopatía Isquémica. Se incluyeron sólo pacientes masculinos cuyas edades fluctuaban entre los 35 y 75 años ya sean foráneos o locales. Finalmente son sujetos que tienen una historia de vida en pareja.

De manera paralela participaron 100 sujetos cuyas edades eran entre los 35 y 75 años, con una historia de relación de pareja, que no habían padecido ninguna enfermedad cardiaca y que no habían presentado ningún cuadro agudo de algún padecimiento en los últimos seis meses. De esta manera se contó con un grupo control que nos permitió comparar los resultados obtenidos.

La aplicación del SEViC permitió conocer, gracias al análisis de frecuencias, la distribución de ciertas características descriptivas de ambos grupos. Éstas fueron las siguientes:

[illegible]	Nivel Económico
Edad	Situación Laboral
Años de Casados o de vivir en pareja	Ingreso en Salarios Mínimos
Estado Civil	Tipo de Vivienda
Número de hijo	Número de Recámaras
Lugar de Nacimiento	Número de personas que la habitan
Años de vivir en la Ciudad de México	Percepción de las condiciones de vida
Escolaridad	Práctica Deportiva

TABLA 8: CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE AMBOS GRUPOS.

Los resultados detallados de estas muestras y las representaciones gráficas de estos datos pueden consultarse en el Capítulo Cuatro.

MUESTREO

La selección de los sujetos se realizó a través de un muestreo intencional por cuota. Es decir que todo paciente que cubra las características expuestas en el apartado: "Sujetos", se consideró apropiado para admitirlo en la muestra. La misma lógica se aplica para los hombres sin padecimientos cardiacos que conformaron el grupo de contraste.

INSTRUMENTO

El Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) contiene reactivos con formato de escala con cinco opciones de respuesta a cada reactivo y se divide en dos secciones.

La primera consta de 98 reactivos que exploran el deterioro de la salud psicológica, en términos de problemas adaptativos frecuentes, tales como dificultades al relacionarse interpersonalmente, percepciones distorsionadas del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, incomodidad subjetiva, preocupaciones o miedos irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere con el funcionamiento adecuado, práctica de actividades objetables por quienes rodean a la persona, y desviaciones de conducta que suelen conducir a sanciones sociales severas.

La segunda sección consta de 106 reactivos que recolectan datos sobre variables de interacción familiar, crianza y otras variables interactivas en condiciones normales.

Finalmente, 14 reactivos exploran las principales características sociodemográficas de los participantes (el instrumento en su forma original puede consultarse en el Apéndice A).

En investigaciones realizadas en México se ha puesto a prueba las condiciones predictivas de este instrumento encontrando (al aplicarle el SEViC a 3378 adolescentes mexicanos, entre 15 y 18 años y al realizar un análisis factorial a los resultados) que era posible identificar cuatro factores de la escala de estilos de vida, relacionados con la interacción y funcionamiento familiares dando explicación a el 40.5% de la varianza de la escala. Paralelamente, se detectaron seis factores de la escala de transtornos psicológicos que explican 35% de la varianza.

El análisis de regresión múltiple reveló que la **Interacción familiar** resultó ser el factor predictor de más trastornos, ya que es su relación predictiva más fuerte con quejas psicosomáticas (Beta = .84, T significativo al .0000) las explica, así, en 71.12 %.

De igual manera, aunque con menos fuerza, Interacción familiar predice agresividad y tres factores relativos también a quejas psicosomáticas, agrupando cada uno en: quejas de Retardo Psicomotor, Cardiopulmonares y Síntomas de dolor (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1996).

DISEÑO

Si bien el diseño utilizado en el presente estudio no es estrictamente experimental en el sentido de haber administrado una variable independiente a fin de observar su efecto en una (o más) dependientes y porque los sujetos y las condiciones no se asignaron aleatoriamente; el esquema de comparación utilizado podría describirse como un diseño No-experimental con dos grupos independientes. (Consultar Tabla 9).

[redacted]	HOMBRES SIN NINGÚN PADECIMIENTO CARDIACO (100 SUJETOS)
• Pertenecientes al Servicio de Cardiología del: - Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos y - Hospital regional "1° de Octubre" del ISSSTE. • Edad entre 35 y 75 años. • Con historia de vida en pareja. • Contestaron el SEViC de forma individual.	[redacted]

TABLA 9: CARACTERÍSTICAS DE SELECCIÓN PARA AMBOS GRUPOS.

También es necesario mencionar que los datos se recolectaron en un solo momento con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; situación que nos hace nombrar a este diseño como una investigación Transeccional o Transversal Descriptiva (Ramírez, 1997).

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio **Exploratorio** porque permitió lograr una primera aproximación al estudio de la relación de pareja, como un factor de riesgo psicológico para adquirir la cardiopatia isquémica.

Es **Confirmatorio** porque tiene como objetivo confirmar o rechazar la hipótesis de que existen diferencias entre el grupo con cardiopatía isquémica y el grupo sin padecimiento cardiaco, en cuanto a su relación de pareja. Situación que se espera por la revisión de la literatura que acerca de los factores de riesgo, se conoce acerca de esta enfermedad.

También podemos considerar que es un **Estudio de campo** dado que todos los sujetos (en especial el enfermo, puesto que fue encuestado en su habitación de hospital) fueron ecuestados en las condiciones habituales de vida o, en caso del paciente, del ambiente en que, por su enfermedad, tuvo que adaptarse.

Finalmente, se trata de un estudio **Transversal** porque tiene como objetivo estudiar el fenómeno en un momento específico.

PROCEDIMIENTO

Los sujetos se contactaron en el Servicio de Cardiología en la sección de Hospitalización del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos y en el Servicio de Cardiología del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE.

Estos Pacientes se encontraban internados por ser necesario realizarles estudios de diversa índole (relacionados con el padecimiento) o porque asistían al servicio de consulta externa, por su cita de seguimiento y control médico.

Por esta razón, al paciente se le entrevistó de 1 a 2 veces como una forma de apoyo terapéutico ante la angustia que despierta un padecimiento de esta clase (en el caso de estar hospitalizado). En la tercera sesión se aplicó de forma individual el SEViC. El número de sesiones dependió de la condición física del paciente y de su permanencia en la institución.

En la consulta externa se encuestaron en el momento de realizar la antesala.

De forma paralela se contactaron a hombres que cumplían con las condiciones expuestas en el apartado de sujetos para el grupo control y se les aplicó el SEViC de forma individual y/o colectiva de acuerdo a las facilidades con que se les contactó.

IV

RESULTADOS

En esta investigación participaron 200 hombres con una edad promedio de 51.3 años y una desviación estándar de 11.2 años. Estos se dividieron en dos grupos:

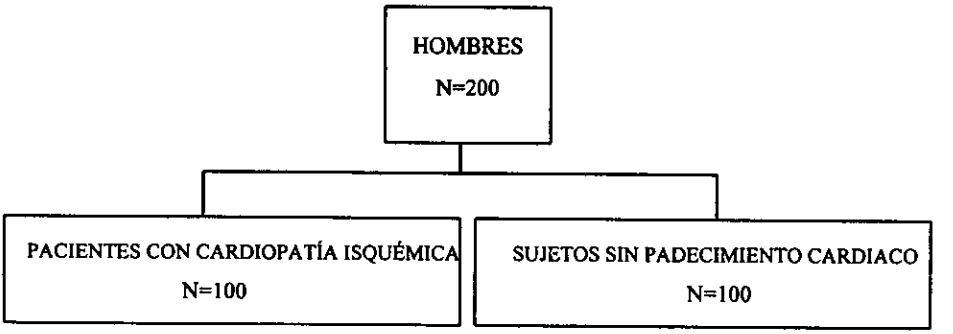

FIGURA 2: ORGANIGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

En el primero grupo se incluyeron 100 sujetos con cardiopatía isquémica, de ellos el 52 % tiene este padecimiento desde hace cinco años o más; en cambio el 26% cuenta con uno a cuatro años; el 12% lleva padeciendo esta enfermedad de dos a 5 meses; el 7% de 6 meses a un año y 3% solamente tiene, con esta cardiopatía, de una semana a un mes. La distribución de esta variable puede consultarse en la figura 3.

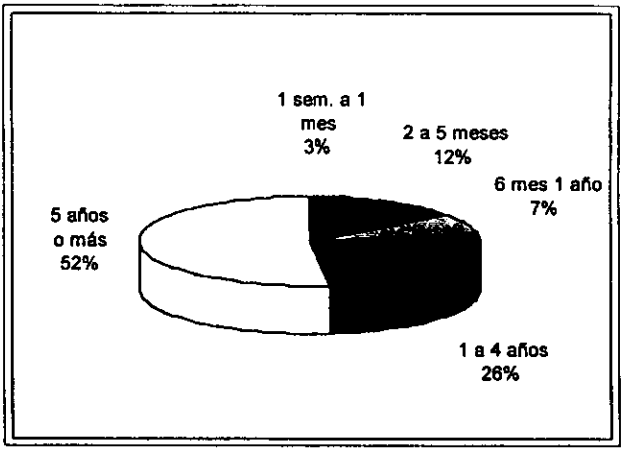

FIGURA 3. Porcentaje de tiempo de padecer Cardiopatía Isquémica

Estos pacientes poseían una edad de entre 35 a 75 años con una media aritmética de 58.2 años y una desviación estándar de 9.14 años. La representación gráfica de esta variable se puede observar a continuación en la figura 4.

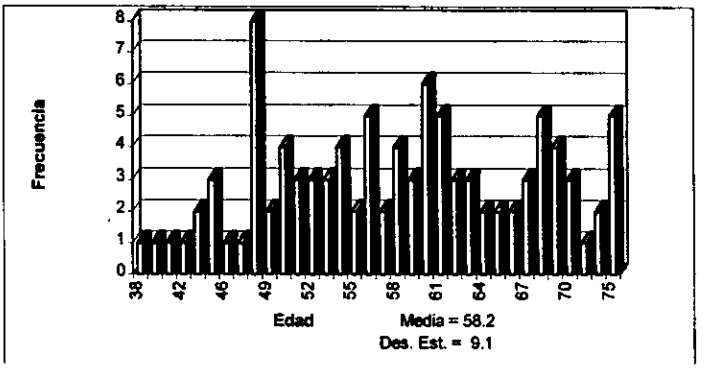

FIGURA 4. Frecuencia de edad en el grupo Isquémico

En cuanto al segundo grupo, en él participaron 100 sujetos con una edad promedio de 44.6 años con una desviación estándar de 8.9 años y que no poseían ninguna enfermedad grave durante los últimos seis meses y, por supuesto, no habían padecido ningún trastorno cardiaco. La distribución de estos datos puede observarse en la figura 5.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

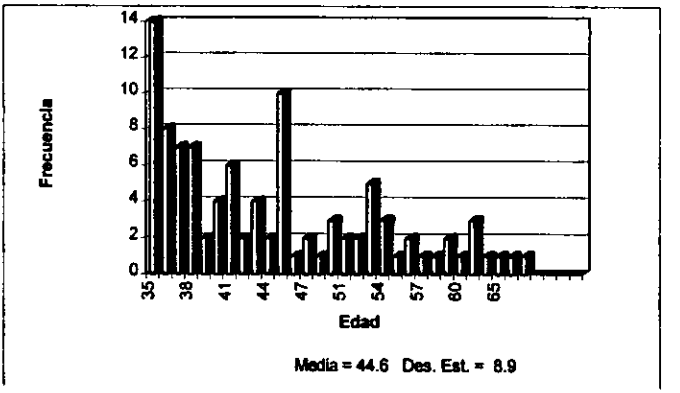

FIGURA 5. Frecuencia de Edad en el grupo control.

Así mismo, estos pacientes contaron con una vida en pareja, en promedio, de 31.8 años y una desviación estándar de 10.8 años. Al igual que la variable anterior, se puede analizar la distribución de frecuencias en la figura 6.

Al igual que el grupo con cardiopatía isquémica se encuestó a los sujetos controles acerca de sus condiciones de vida en pareja y reportaron tener una media aritmética de 17.3 años y una desviación estándar de 9.9 años de vivir con su compañera. Esta relación puede consultarse, también en la figura 6.

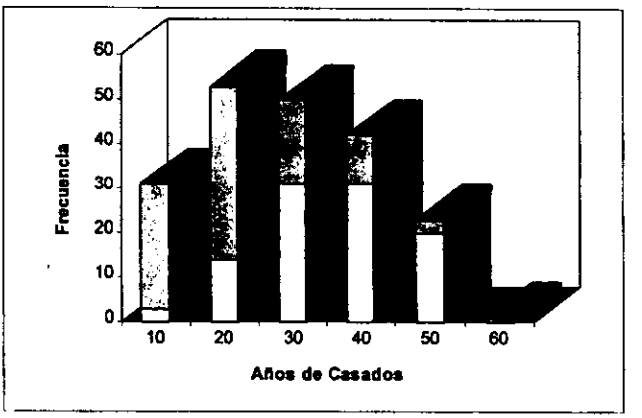

FIGURA 5. Distribución de años de casados en el grupo Isquémico (bloque inferior con media de 31.8 y desviación estándar de 10.8) y en el grupo control (bloque superior con media de 17.35 y desviación estándar de 9.94)

En cuanto a su estado civil se encontró que el 90% de los pacientes encuestados eran casados, el 5% vivían en unión libre, el 3% eran divorciados y el 2% eran viudos. Es importante considerar que aunque el 5% de la muestra, en el momento en que contestaron el SEViC, no tenían una pareja con la que vivían, sí habían convivido con ella por un lapso mayor de cinco años.

Durante su unión o convivencia en pareja lograron engendrar, el 35%, cinco hijos o más; en cambio el 23% criaron a tres hijos; el 15% a dos hijos y el 14% a cuatro hijos; en un porcentaje reducido, el 5%, tuvieron un hijo y finalmente, y aunque no se exploraron las razones, sólo el 8% no tuvo hijos.

En cuanto al grupo control y aunque era el propósito de la recolección de la muestra el trabajar con sujetos que tuvieran una historia de vida en pareja, esta condición no aseguró el estado civil de los participantes encontrando que la gran mayoría, el 96% de ellos, es casado y en porcentaje mínimo se reportó que el 3% viven en unión libre y solamente el 1% está separado o divorciado.

Como es lógico esperar, esta convivencia en pareja tuvo como resultado la procreación de hijos y los sujetos participantes contestaron lo siguiente. El 37% crió a dos hijos; el 32% a tres hijos y el 12% a un hijo. De forma más extrema, el 9% tuvo junto con su pareja a cinco o más hijos; el 7% cuatro hijos y el 3% no posee ninguno.

Acerca de su lugar de nacimiento, se encontró que para el 40% de los pacientes con isquemia, éste fue el Distrito Federal; la mayoría de la muestra, el 59%, nació en el Interior de la República y sólo para el 1% el Extranjero fue su lugar de nacimiento, sin embargo es importante notar que el 80% han vivido por más de veinte años en la Ciudad de México, 1% de 10 a 20 años y 4% de uno a cinco años; en contraste el 12% ha vivido en esta ciudad menos de un año y el 3% nunca han vivido en la Ciudad de México. La interacción de estas variables se puede observar en la figura 7.

Otra variable a considerar fue el lugar de nacimiento de estos hombres controles, encontrándose que la mayoría de ellos, el 68%, nació en el Distrito Federal y el 28% en el Interior de la República. Es necesario mencionar que dado que el SEViC en este grupo se aplicó de forma colectiva no fue posible controlar que el sujeto contestara todo el instrumento por lo que se reportó que el 4% no contestó a este reactivo. Esta variable es interesante retroalimentarla con la siguiente, me refiero a los años que han vivido en la Ciudad de México. Al respecto el 94% de los sujetos respondieron tener más de veinte años viviendo en la Ciudad de México; el 3% entre diez a veinte años y el 2% de seis a diez años. La relación entre estas dos variables se puede consultar en la figura 8.

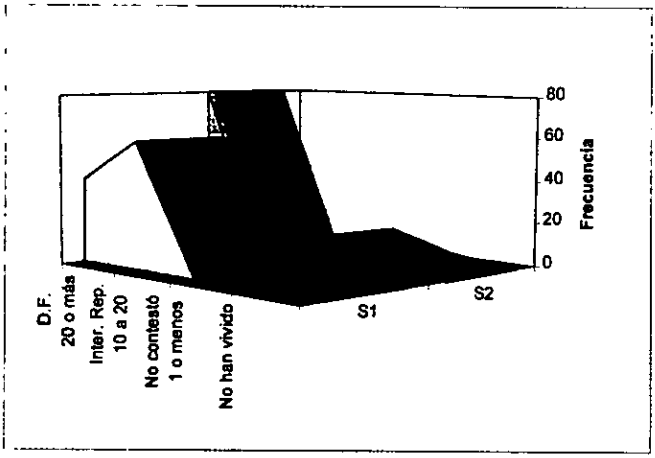

FIGURA 7. Lugar de nacimiento (serie 1) en relación con los años de vivir en la Cd. de México (serie 2) del grupo Isquémico

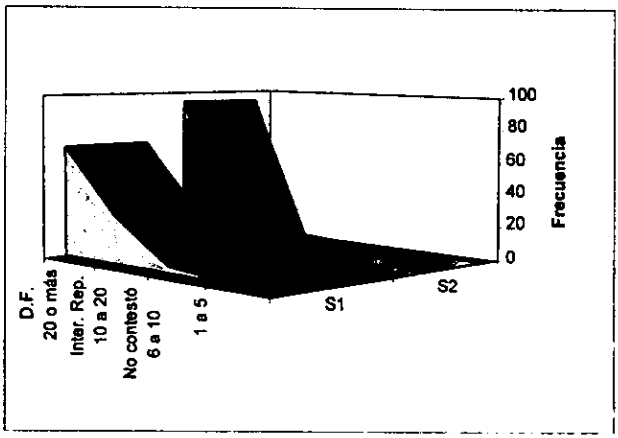

FIGURA 8. Lugar de nacimiento (serie 1) en relación con los años de vivir en la Cd. de México (serie 2) en el grupo Control.

Otro factor importante que se exploró fue la Escolaridad de los pacientes con cardiopatía isquémica, encontrando que el 4% nunca fue a la escuela, el 27% estudió la Primaria, el 13% llegó a la Secundaria, el 10% realizó estudios técnicos o comerciales, el 13% logró terminar la Preparatoria y el 33% cursó el nivel profesional o superior.

En comparación con el grupo de pacientes con cardiopatía isquémica la escolaridad de los sujetos controles tuvo una distribución muy diferente, encontrándose que el 57% cursó estudios profesionales o superiores; el 18% secundaria; el 12% logró cursar el bachillerato y el 9% realizó estudios comerciales o técnicos. Sólo el 4% llegó hasta la Primaria. Esta distribución permite deducir las mejores oportunidades académicas con las que contaron estos sujetos en comparación con el primer grupo.

Al cuestionarles acerca de su nivel económico el 63% de los pacientes contestaron pertenecer a la clase media y el 18% a la clase media-alta, de forma paralela, el 11% reportó pertenecer a la clase trabajadora y el 8% a la clase media-baja. Esta variable se exploró más ampliamente investigando si el paciente es económicamente productivo, encontrando que el 66% de estos hombres trabaja; en un porcentaje más reducido, el 29%, se reportó que ya están jubilados y el 5% no realiza ninguna actividad remunerada. Otro punto que se indagó en esta área es su ingreso por lo que se mencionó que el 37%, gana entre dos a tres salarios mínimos (S.M.); una minoría, el 14%, de diez o más S.M. y cercanamente el 13% de seis a siete S.M. En contraste, el 18% gana uno a dos S.M.; el 11% percibe cuatro a cinco S.M. y el 9% entre ocho a nueve S.M.. Finalmente el 4% no percibe ninguna clase de ingreso. La comparación de la fluctuación de esta área económica se puede consultar en la figura 9.

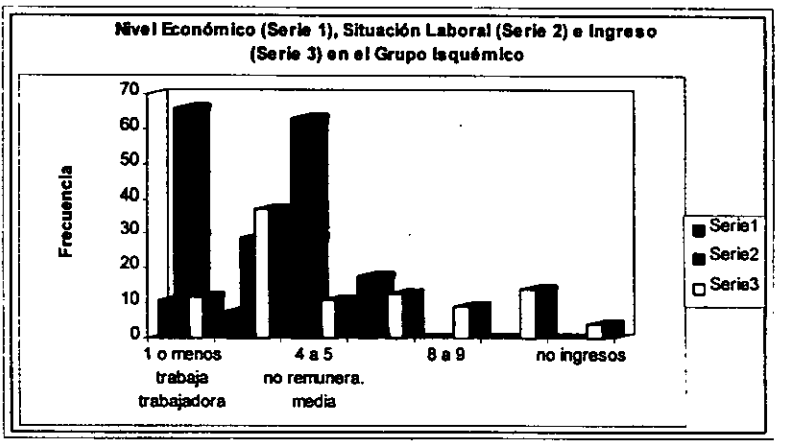

FIGURA 9. Nivel económico, situación laboral e ingreso en el grupo Isquémico

CATEGORÍAS

Serie uno: Clase trabajadora
Clase media-baja
Clase media
Clase media-alta

Serie dos: Trabaja
Jubilado
No realiza actividad remunerada

Serie tres: Un salario mínimo o menos
Dos a tres salarios mínimos
Cuatro a cinco salarios mínimos
Seis a siete salarios mínimos
Ocho a nueve salarios mínimos
Diez o más salarios mínimos
No tiene ingresos

Acerca del área socioeconómica, los sujetos controles reportaron en su ligera mayoría, el 51%, pertenecer a la clase media y el 18% a la clase media-alta. De forma menos elevada, el 15% de los sujetos reportaron pertenecer a la clase trabajadora y el 13% a la clase media-baja. Acerca de las colas de la distribución normal, se encontraron las siguientes minorías: 1% pertenece a la clase alta, 1% necesita de la beneficencia y 1% no contestó.

Indudablemente esta variable se ve afectada por las oportunidades laborales de los participantes, encontrándose que la mayoría de ellos, el 92%, actualmente trabaja, y solamente se reportaron los siguientes porcentajes bajos: el 3% está desempleado y el 5% está jubilado.

Finalmente, y acerca de esta área, el 24% de estos participantes perciben entre dos a tres salarios mínimos (S.M.); de forma contrastante el 22% gana diez o más S.M. y el 17% cuatro a cinco S.M.. Entre los rangos de seis a siete y ocho a nueve salarios mínimos se encontró al 11% de la muestra respectivamente. Las siguientes minorías concluyen esta relación: 7% gana un salario mínimo o menos y un 8% no contestó. La interacción de estas variables socioeconómicas se reportan en la figura 10.

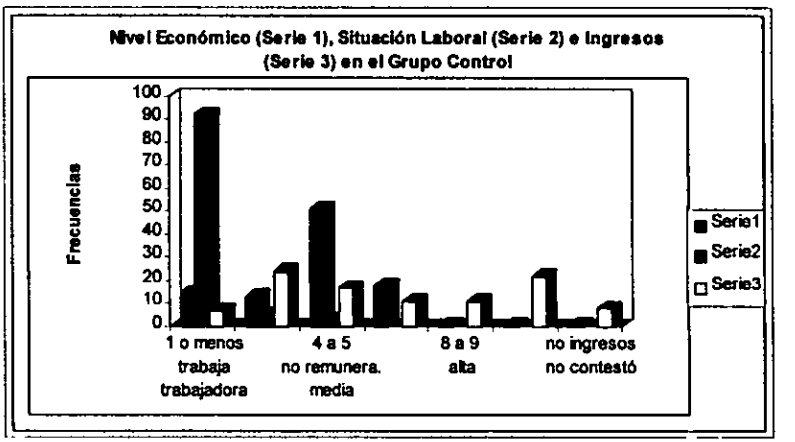

FIGURA 10. Nivel económico, situación laboral e ingresos en el grupo control

CATEGORÍAS

Serie uno: Clase trabajadora
Clase media-baja
Clase media
Clase media-alta
Clase alta
Asistencia social, beneficencia

Serie dos: Trabaja
Jubilado
No realiza actividad remunerada

Serie tres: Un salario mínimo o menos
Dos a tres salarios mínimos
Cuatro a cinco salarios mínimos
Seis a siete salarios mínimos
Ocho a nueve salarios mínimos
Diez o más salarios mínimos
No contestó

Retroalimentando el área económica se puede revisar las condiciones materiales y de vida en que se perciben estos pacientes, reportándose que la gran mayoría, el 80%, posee casa propia y el 8% departamento propio; comparativamente, el 5% renta la casa en que vive; el 5% vive con algún familiar o donde puede y solo el 2% renta un departamento.

Sus condiciones de vida se deben interpretar considerando que el 40% posee una vivienda con 3 recámaras; 24% con dos y 19% con cuatro; una minoría, el 8%, reporta que su vivienda cuenta con una sola recámara; y sólo el 2% posee una casa con cinco recámaras y finalmente el 7% tiene seis o más. Es importante considerar que el tamaño de la vivienda se encuentra relacionada con el número de personas que la habitan, encontrándose, así mismo, que el 24% reporta que el número de personas en su vivienda son cuatro y el 21% cinco; en un porcentaje similar, se reporta que el 20% de los pacientes viven con un total de seis o más personas; el 18% con dos personas y el 14% con tres. Finalmente la minoría, 3%, vive solo.

Estos datos culminan con la percepción que reportan los pacientes acerca de sus condiciones de vida, encontrándose que, el 54% reportaron poseer suficiente espacio para vivir y para el 23% les parece que les sobra espacio. En forma contrastante, el 17% contestaron estar un poco amontonados y el 5% están amontonados. La representación gráfica de estas condiciones se reportan en la figura 11.

En cuanto a el área socioeconómica, a la oportunidad de adquirir vivienda y a sus condiciones de vida, se encontró que el 55% de los sujetos controles actualmente viven en casa propia y el 20% en departamento o condominio propio. De manera menos afortunada, el 16% viven en casa rentada y 6% en departamento rentado. Minoritariamente solo el 3% vive en otro lugar, el cual no se indicó.

Es interesante considerar que las condiciones de vida muy probablemente se ven influidas por las dimensiones de su vivienda, a lo que contestaron, el 35%, que poseen una vivienda con dos recámaras; el 34% con tres recámaras y el 15% con cuatro. La menor parte de los encuestados reportaron los siguiente: el 9% cuenta con una recámara en su vivienda; el 6% con cinco y finalmente 1% con seis o más.

Estas condiciones se ven afectadas, a su vez, por el número de personas que viven en esa casa, por lo que al preguntarles acerca de ello, se encontró lo siguiente: el 35% de los sujetos convive en su vivienda con un total de cuatro personas y el 29% reportaron a cinco personas.

Para los intervalos: de tres personas y de seis o más, se reportó un 14% respectivamente y finalmente el 8% mencionó que dos personas. Estos factores retroalimentan la percepción de las condiciones actuales de vida, de la siguiente manera: el 61% se siente con suficiente espacio; el 20% un poco amontonados y 11% les sobra espacio.

Las siguientes minorías contestaron como sigue: el 4% se sienten que están amontonados; el 3% muy amontonados y finalmente el 1% no contestó. Todos estos factores se pueden analizar en la figura 12.

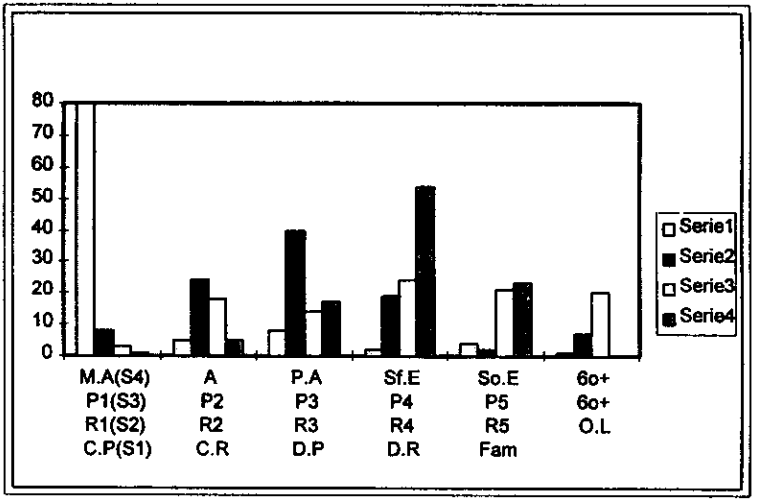

FIGURA 11. Condiciones de vida en el grupo Isquémico

CATEGORÍAS

Serie Uno:	Serie Dos:	Serie Tres:	Serie Cuatro:
Estilo de Vivienda	**No. de Recámaras**	**No. de personas**	**Condiciones de Vida**
Casa Propia	Una recámara	Una persona	Muy amontonados
Casa Rentada	Dos recámaras	Dos personas	Amontonados
Departamento Propio	Tres recámaras	Tres personas	Poco Amontonados
Departamento Rentado	Cuatro recámaras	Cuatro personas	Suficiente Espacio
Vive con un Familiar	Cinco recámaras	Cinco personas	Sobra Espacio
Otro Lugar	Seis o más recámaras	Seis o más personas	

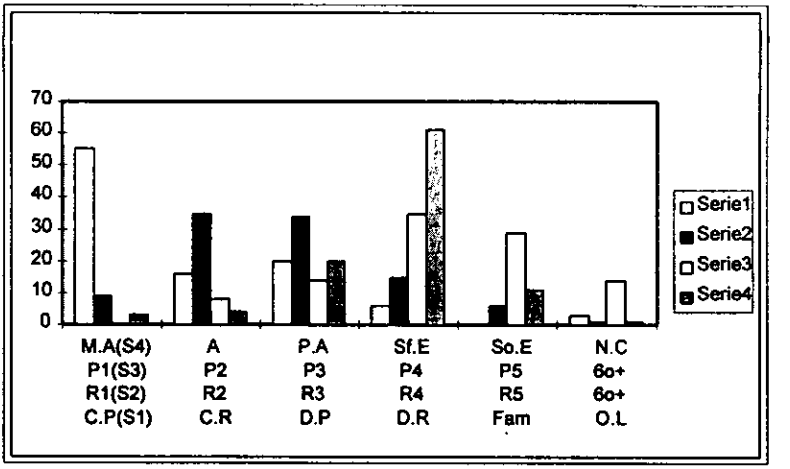

FIGURA 12. Condiciones de vivienda en el grupo Control.

CATEGORÍAS

Serie Uno:	Serie Dos:	Serie Tres:	Serie Cuatro:
Estilo de Vivienda	No. de Recámaras	No. de personas	Condiciones de Vida
Casa Propia	Una recámara	Una persona	Muy amontonados
Casa Rentada	Dos recámaras	Dos personas	Amontonados
Departamento Propio	Tres recámaras	Tres personas	Poco Amontonados
Departamento Rentado	Cuatro recámaras	Cuatro personas	Suficiente Espacio
Vive con un Familiar	Cinco recámaras	Cinco personas	Sobre Espacio
Otro Lugar	Seis o más recámaras	Seis o más personas	No contestó

Finalmente, y como información que es relevante dado que influye en el riesgo de adquirir cardiopatía isquémica, se reporta que el 59% de los pacientes no practica ningún deporte y el 18% hacen ejercicio ocasionalmente; en cuanto a la frecuencia el 9% contestó que hacen deporte diariamente; el 6% lo hacen tres veces a la semana; 4% una vez por semana y 4% realiza actividad física dos veces por semana.

Al igual que el grupo de pacientes con cardiopatía isquémica se indagó acerca de la práctica deportiva de los sujetos controles y se encontró lo siguiente: el 39% reportó practicar deporte ocasionalmente y el 19% nunca hace ejercicio. Las personas que realizan una actividad física una vez por semana, así como las que lo hacen diariamente alcanzaron un 13% respectivamente. Finalmente las siguientes minorías eligieron esta opción: 8% practica alguna actividad física tres veces por semana; 7% dos veces por semana y 1% no contestó.

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

Como el objetivo de esta investigación es conocer si existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la relación de pareja entre un grupo de pacientes con cardiopatía isquémica y un grupo sin padecimientos cardiacos, se decidió realizar una **Prueba t de Student para muestras independientes** con el fin de alcanzar este fin. Los reactivos del SEViC que se decidieron utilizar como representativas de la relación de pareja son las siguientes:

1. Siento que mi pareja me ignora o maltrata	Reactivo número 53
2. Peleo con mi pareja	54
3. Las peleas llegan a la violencia física	55
4. Cuando peleamos, el enojo nos dura	56
5. Esas peleas se resuelven generalmente con que	57
6. En general, mi matrimonio o unión libre ha sido	58
7. He pensado en separarme o divorciarme	59
8. Mi estado civil	81
9. Si es casado o vive en unión libre, ¿desde cuándo?	82
10.Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los:	159
11.Tuve mi primera eyaculación como a los:	160
12.La situación en la que sucedió fue	161
13.Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con otra persona	162
14.Creo que mi vida sexual es:	163
15.Tuvo relaciones sexuales antes del matrimonio (de juntarse)	164
16.La decisión de casarnos o vivir juntos fue:	165
17.He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio:	166
18.De cada diez encuentros sexuales, llego al orgasmo en:	167
19.Tengo (número)... hijos(as)	168
20.Mi pareja me parece atractiva sexualmente.	42
21.Me atraen sexualmente otros adultos del sexo opuesto.	43
22.Me atraen sexualmente otros adultos de mi mismo sexo.	44
23.Me atraen sexualmente niños del sexo opuesto.	45
24.Me atraen sexualmente niños de mi mismo sexo.	46
25.Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales	47
26.Me gusta causarle dolor a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales.	48

27.La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) me causa angustia. 49

Con estos reactivos se pretende explorar aspectos como, por ejemplo, la forma de negociación, la percepción y la sexualidad que manifiestan los entrevistados y que pueden dirigir el tipo y la calidad de interacción que establezcan con su pareja.

La Prueba t de Student para dos muestras independientes, sobre estas 27 variables, en los dos grupos (establecidos por los valores de las variables: Grupo Uno: Pacientes con cardiopatia isquémica. Grupo Dos: Hombres sin ningún padecimiento cardiaco) dan los resultados que se exponen a continuación y solamente para aquellas variables en que el nivel de significancia es menor o igual a 0.05:

VARIABLE: "MI PAREJA ME IGNORA O MALTRATA".

El valor de p asociado al estadístico de contraste F(F=25.870) fue de 0.000, por lo tanto p es menor al nivel de significancia de 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad de varianzas, es décir:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a si sienten que su pareja les ignora o maltrata entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Al rechazarse la hipótesis nula anterior, el estadístico t adecuado para contrastar la hipótesis de desigualdad entre medias es de t=2.72 con 163.86 grados de libertad y con un nivel de significancia igual a 0.007 el cual es menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis alterna siguiente:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas, con respecto a si consideran que su pareja les ignora o maltrata, entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

En concreto, es posible que el paciente con cardiopatía isquémica se perciba que es maltratado o ignorado por su pareja diferentemente a hombres sin ningún padecimiento cardiaco.

A continuación se detalla este resultado al revisar el análisis de frecuencia de este reactivo, en la tabla 10.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Nunca	55	60
Casi nunca	15	22
Pocas Veces	07	10
A veces sí	11	06
Frecuentemente	07	01
Siempre o casi siempre	05	00
No contestó	00	01

TABLA 10. Frecuencia de respuesta de la variable: "Mi pareja me ignora o maltrata".

VARIABLE: "PELEO CON MI PAREJA".

Para la variable: Peleo con mi pareja, se reportó un valor F=11.107 con un nivel de Significancia de 0.000 y al ser éste menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula siguiente:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a si pelean con su pareja entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Por lo que la desigualdad entre varianzas nos lleva a obtener un valor t igual a 2.58 con 182.46 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.011, aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna que dice:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía en cuanto a si pelean con su pareja.

Esto hace posible decir que los pacientes con cardiopatía isquémica pelean con su pareja con una frecuencia diferente a hombres que no tienen ninguna enfermedad cardiaca.

El análisis de frecuencia para este reactivo se presenta a continuación en la tabla 11.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Nunca	13	09
Casi nunca	34	55
Pocas veces	15	19
A veces sí	22	08
Frecuentemente	05	05
Siempre o casi siempre	11	03
No contestó	00	01

TABLA 11. Frecuencia de respuesta de la variable: "Peleo con mi pareja"

VARIABLE: "LAS PELEAS SE RESUELVEN CON..."

Al contrastar las varianzas del grupo uno y dos en cuanto a cómo se resuelven las peleas entre su pareja se reportó una F=8.764 con un valor p igual a 0.003 y al ser menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula que dice:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a cómo se resuelven las peleas con su pareja entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

La desigualdad entre varianzas permite contrastar el valor t de: -3.42, con 175.48 grados de libertad y un nivel de significancia de .001 haciendo posible aceptar la hipótesis alterna que menciona:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía en cuanto a cómo resuelven las peleas con su pareja.

Este resultado hace posible pensar que los pacientes con cardiopatía isquémica resuelven las peleas con su pareja de forma diferente a cómo lo hacen hombres sin ningún padecimiento cardiaco. La frecuencia de respuesta en cada grupo se distribuyó de la siguiente manera (consultar tabla 12):

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Mi pareja gana	08	02
Yo gano	02	01
Dejamos el asunto de lado hasta que se nos olvida	43	25
Mi pareja y yo lo platicamos y llegamos a un acuerdo	46	70
Hacemos lo que recomienda alguien a quien respetamos	00	02
Reunimos a la familia y votamos sobre el asunto	01	00

TABLA 12. Frecuencia de respuesta de la variable: "Las peleas se resuelven con..."

VARIABLE: "HE PENSADO EN SEPARACIÓN O DIVORCIO".

Al igual a las variables anteriores se registraron los siguientes valores: El valor de p asociado al estadístico de contraste F(F=31.324) fue de 0.000, por lo tanto p es menor al nivel de significancia de 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad de varianzas, es decir:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a si han pensado en separarse o divorciarse de su pareja, entre los pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Al rechazarse la hipótesis nula anterior, el estadístico t adecuado para contrastar la hipótesis de desigualdad entre medias es de t=2.38 con 160.48 grados de libertad y con un nivel

de significancia igual a 0.018 el cual es menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis alterna siguiente:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas, con respecto a si han pensado en separarse o divorciarse de su pareja, entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

En concreto, es posible que el paciente con cardiopatía isquémica haya pensado en separarse o divorciarse de su pareja de forma más frecuente o por lo menos diferente a hombres sin ningún padecimiento cardiaco.

El análisis de frecuencia para este reactivo se presenta a continuación en la tabla 13.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Nunca	59	58
Casi nunca	12	23
Pocas Veces	05	10
A veces sí	07	05
Frecuentemente	03	04
Siempre o casi siempre	14	00

TABLA 13. Frecuencia de respuesta de la variable: "He pensado en separación o divorcio".

VARIABLE: "CASADO O UNIÓN LIBRE DESDE".

En este caso se calculó un valor F=21.527 con un nivel de significancia de 0.000, que al ser menor a 0.05 hace que se rechace la hipótesis nula que habla de que:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía, con respecto al tiempo que llevan casados o viviendo en unión libre con su pareja.

Esta diferencia entre varianzas hace que se reporte un valor t de -2.17, con 95 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.032 lo que nos permite aceptar la hipótesis alterna que dice:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas, con respecto a los años que han vivido casados o en unión libre con su pareja, entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Este resultado hace posible pensar que el paciente con cardiopatía isquémica se diferencia a un hombre sin ningún padecimiento cardiaco en los años en que ha vivido casado o en unión libre con su pareja.

La frecuencia de respuesta de este reactivo puede consultarse de manera numérica a continuación en la tabla 14.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
1 a 10 años	03	28
11 a 20 años	14	39
21 a 30 años	31	19
31 a 40 años	31	11
41 a 50 años	20	03
51 a 60 años	01	00

TABLA 14. Frecuencia de respuesta de la variable: "Casado o en Unión Libre desde..."

VARIABLE: "SITUACIÓN EN LA QUE SUCEDIÓ SU PRIMERA EYACULACIÓN".

En cuanto al comportamiento de la variable que explora la situación en la que ocurrió la primera eyaculación, en estos dos grupos se encontró un valor F=54.709 con una p=0.000 por lo que al ser el nivel de significancia menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula que dice:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía, con respecto a la situación en la que ocurrió su primera eyaculación.

Las varianzas desiguales que reporta esta contrastación da como resultado una t=4093 con gl=172.50 y un p=0.000 siendo posible, por consiguiente, la aceptación de la hipótesis alterna:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía en cuanto a la situación en la que sucedió su primera eyaculación.

Esta diferencia entre grupos hace posible que los pacientes con cardiopatía isquémica sean diferentes a hombres sin ningún padecimiento cardiaco en cuanto a la situación en la que experimentaron su primera eyaculación.

El análisis de frecuencia para este reactivo se presenta a continuación en la tabla 15.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Yo sólo	31	53
Con mi novia	24	24
Con una pariente	00	02
Con mi esposa	05	03
Con un extraño o desconocido	40	09
No contestó	00	09

TABLA 15. Frecuencia de respuesta de la variable: "Situación en la que sucedió su primera eyaculación".

VARIABLE: "TUVE RELACIONES PREMARITALES".

El valor F para esta variable fue de 25.538 con un nivel de significancia de 0.000 y al ser este valor menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula que habla de la no diferencia entre grupos, de la siguiente forma:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía, con respecto a la frecuencia con la que se tuvieron relaciones extramaritales.

Por consiguiente se acepta el valor t para varianzas desiguales de -3.12, con 189.11 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.002 que, de nueva cuenta, hace que aceptemos la hipótesis alterna siguiente:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía en cuanto a la frecuencia con la que se tuvieron relaciones extramaritales.

En concreto podemos considerar que posiblemente los pacientes con cardiopatía isquémica poseen una frecuencia de relaciones extramaritales diferente a la que reporta un hombre sin ningún padecimiento cardiaco.

A continuación se presenta la frecuencia de respuesta de esta variable en la tabla 16.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
No	29	12
Sí	69	84
No contestó	02	04

TABLA 16. Frecuencia de respuesta de la variable: "Tuve relaciones premaritales".

VARIABLE: "RELACIONES SEXUALES FUERA DEL MATRIMONIO".

El valor de p asociado al estadístico de contraste F(F=37.026) fue de 0.000, por lo tanto p es menor al nivel de significancia de 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad de varianzas, es decir:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la frecuencia con la que se tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Al rechazarse la hipótesis nula anterior, el estadístico t adecuado para contrastar la hipótesis de desigualdad entre medias es de t=6.03 con 171.45 grados de libertad y con un nivel de significancia igual a 0.000 el cual es menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis alterna siguiente:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas, con respecto a la frecuencia con la que se tienen relaciones maritales fuera del matrimonio entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

En concreto, es posible que el paciente con cardiopatía isquémica tenga un desempeño sexual fuera de su matrimonio diferente a hombres sin ningún padecimiento cardiaco.

A continuación se detalla este resultado al revisar el análisis de frecuencia de este reactivo en la tabla 17.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Nunca	25	47
Casi nunca	16	25
Pocas veces	17	15
A veces sí	08	05
Frecuentemente	21	02
Siempre o casi siempre	13	02
No contestó	00	04

TABLA 17. Frecuencia de respuesta de la variable: "Relaciones sexuales fuera del matrimonio".

VARIABLE: "NÚMERO DE HIJOS".

Para la variable: Peleo con mi pareja, se reportó un Valor F=14.059 con un nivel de Significancia de 0.000 y al ser éste menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula siguiente:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al número de hijos que se tienen con su pareja entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Por lo que la desigualdad entre varianzas nos lleva a obtener un valor t igual a 4.16 con 179.94 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.000, aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna que dice:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía en cuanto al número de hijos que tienen con su pareja.

Esto hace posible decir que los pacientes con cardiopatía isquémica han procreado un número de hijos mayor al de los hombres que no tienen ninguna enfermedad cardiaca.

Esta variable puede consultarse de forma gráfica al inicio de este capítulo y el análisis de frecuencia se presenta a continuación en la tabla 18.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Ninguno	07	02
Uno	05	12
Dos	15	37
Tres	23	32
Cuatro	14	07
Cinco o más	36	09
No contestó	00	01

TABLA 18. Frecuencia de respuesta en la variable: "Número de hijos".

VARIABLE: "MI PAREJA ME ES ATRACTIVA SEXUALMENTE".

Al contrastar las varianzas del grupo uno y dos en cuanto a si su pareja les es atractiva sexualmente se reportó una F=9.240 con un valor p igual a 0.003 y al ser menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula que dice:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a si su pareja les parece atractiva sexualmente entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

La desigualdad entre varianzas permite contrastar el valor t de:-2.07, con 183.98 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.039 haciendo posible aceptar la hipótesis alterna que menciona:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía en cuanto si su pareja les parece atractiva sexualmente.

Este resultado hace posible pensar que los pacientes con cardiopatía isquémica opinan del atractivo sexual de su pareja de forma diferente a cómo lo hacen hombres sin ningún padecimiento cardiaco.

El análisis de frecuencia para este reactivo se dieron de la forma siguiente (ver tabla 19):

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Nunca	03	03
Casi nunca	12	01
Pocas Veces	02	02
A veces sí	10	11
Frecuentemente	14	14
Siempre o casi siempre	59	66
No contestó	00	03

TABLA 19. Frecuencia de respuesta de la variable: " Mi pareja me es atractiva sexualmente".

VARIABLE: "ME CAUSA ANGUSTIA TENER RELACIONES SEXUALES".

En este caso se calculó un valor F=38.859 con un nivel de significancia de 0.000, que al ser menor a 0.05 hace que se rechace la hipótesis nula que habla de que:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía, con respecto al grado de angustia que les despierta el tener relaciones sexuales con su pareja.

Esta diferencia entre varianzas hace que se reporte un valor t de 3.05, con 133.84 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.003 lo que nos permite aceptar la hipótesis alterna que dice:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas, con respecto si presentan angustia con la posibilidad de tener o de tener relaciones sexuales entre pacientes con Cardiopatía Isquémica y personas sin ninguna clase de cardiopatía.

Este resultado hace posible pensar que el paciente con cardiopatía isquémica se diferencia a un hombre sin ningún padecimiento cardiaco en el grado en que experimenta angustia a causa de tener posibilidad de tener relaciones sexuales.

La frecuencia de respuesta se presenta a continuación en la tabla 20.

VALORES	ISQUÉMICOS	CONTROL
Nunca	75	86
Casi nunca	07	06
Pocas Veces	02	05
A veces sí	05	02
Frecuentemente	06	00
Siempre o casi siempre	05	00
No contestó	00	01

TABLA 20. Frecuencia de respuesta de la variable: " Me causa angustia tener relaciones sexuales".

CORRELACIÓN DE VARIABLES ENTRE GRUPOS

Los datos obtenidos también fueron analizados por medio de técnicas correlacionales con el fin de investigar la relación existente ente las variables ya definidas como indicadores de relación de pareja y aquellas que exploraban hábitos de crianza y tendencia a la somatización.

Las variables que se eligieron como hábitos de crianza hacen referencia a la relación temprana con los padres y con algunas figuras importantes, algunos de estos reactivos fueron los siguientes:

89. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es, soy el (la):
93. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:
100. Mi padre tomaba alcohol:
108. En general, la manera como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):
156. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (o eran):

Así, en la elaboración de estas correlaciones participaron los siguientes reactivos:

88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 170 (Consultar Apéndice A)

NOTA: Todas las correlaciones significativas, es decir menores a p=0.05, pueden consultarse en el Apéndice B.

No obstante que el análisis proporcionó un buen número de correlaciones, es importante notar que en su mayoría son bajas. De esta forma, a continuación sólo se exponen aquellas que son mayores a r=.4 y que están apareadas con alguna de las once variables de relación de pareja que resultaron significativas en la prueba "t", quedando así las combinaciones siguientes (tablas 21 y 22):

Años de Casado o en Unión Libre	Relaciones sexuales fuera del matrimonio	Las peleas con mi pareja son con violencia física
Madre vivió conmigo en la misma casa r=.4675 p=.000	Me atraen adultos del sexo opuesto r=.5114 p=.000	Madre ordenaba ofensivamente r=.4194 p=.000

TABLA 21. Correlaciones significativas entre relación de pareja y hábitos de crianza en el grupo Isquémico.

Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales	Tuve relaciones antes de casarme
Padre usaba drogas r=.8981 p=.000	Padre usaba drogas r=.5777 p=.000
Trabajo actual r=.5559 p=.000	Trabajo actual r=. 4230 p=.000
Tuve relaciones antes de casarme r=.5157 p=.000	

TABLA 22. Correlaciones significativas entra relación de pareja y hábitos de crianza en el grupo control.

Ahora bien, el SEViC también explora quejas o tendencia a la somatización con reactivos como los siguientes:

3. Tartamudeo al hablar (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):
4. Tomo anfetaminas u otros estimulante:
5. Me siento demasiado acelerado(a) u optimista sin razón:
6. Me dan dolores en el abdomen (el estómago, la panza o la barriga):
7. Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio:
8. Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado(a) sexualmente aunque tenga ganas de estarlo:
9. Soy sonámbulo(a), camino dormido(a):

Todos los reactivos incluidos en este apartado pueden consultarse en el Apéndice A guiándose con la numeración siguiente:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 , 50, 51, 52 (Consultar Apéndice A)

Al igual que con las variables de "Hábitos de Crianza", se exponen a continuación aquellas correlaciones moderadas que fueron significativas entre "Quejas Somáticas" y "Relación de Pareja", tanto por ser mayores a p=0.05 como por el resultado obtenido en la Prueba "t" (Consultar Tablas 23 y 24).

Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales	La posibilidad de tener relaciones sexuales me causa angustia
Fumo mariguana r=.4471 p=.000	Me dan dolores en el abdomen r=.4189 p= .000
Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=.4134 p=.000	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.4026 p=.000

TABLA 23. Correlaciones significativas entre relación de pareja y queja somática en el grupo isquémico.

Mi pareja me ignora y maltrata	Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales	Las peleas con mi pareja se resuelven
Me distraigo fácilmente r=.4740 p=.000	Tomo pastillas para dormir r=.6021 p=.000	Me siento triste sin razón r=-.4117 p=.000

TABLA 24. Correlaciones significativas entre relación de pareja y queja somática en el grupo control.

Como se observa las correlaciones resultantes, después de la depuración, son poco numerosas y no tan consistentes las inferencias, que de ellas, se pudieran obtener; sin embargo el análisis de estos resultados se abordará en el siguiente capítulo.

V

DISCUSIÓN

Una relación matrimonial es algo más que la suma de las personalidades que la forman. La relación misma tiende a influir y cambiar a cada cónyuge y esto, a su vez, influye de una forma nueva en la relación. En otras palabras, los principios psicológicos que dirigen la conducta de un individuo no son los mismos que los que dirigen la conducta de una relación.

En algunos casos el conflicto neurótico destruye el matrimonio; en otros parece preservarlo. Es sabido que la tendencia neurótica de uno de los cónyuges complementa a menudo la del otro. A veces las características de uno de los cónyuges refuerzan en el otro las defensas saludables contra el conflicto neurótico, de forma que se mitigan sus esfuerzos destructivos (Ackerman, 1994).

Estas modalidades hablan a favor y en contra de la relación de pareja y manifiestan la importancia de considerar que esta fórmula ocupa mínimo dos complejas variables (hombre-mujer) inmersas en una gran gama de factores que pueden influenciarla, revelando la complejidad de su estudio. Así, no debemos olvidar que la similitud de personalidades entre esposos, la necesidad de filiación, la agresión, la autonomía y la crianza, son factores que afectan el ajuste matrimonial (O'Leary y Smith, 1991).

Ahora bien, dado que el objetivo de esta tesis es saber si la relación de pareja es un factor de riesgo para adquirir la cardiopatia isquémica; en principio contamos con puntos guías que, como estudio exploratorio, permiten ir delimitando los senderos deductivos para alcanzar este objetivo y por lo pronto partir de que se acepta la hipótesis alterna que dice: Hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a la relación de pareja entre un grupo de pacientes con cardiopatía isquémica y un grupo sin cardiopatía. Sin embargo aceptar si esta variable es un factor de riesgo o no es un tanto más complicado, sobretodo cuando al proponer este estudio se hacen explícitas algunas relaciones pero no su correspondencia; situación que no permite especificar si los resultados son el producto de la relación descubierta.

Si trabajamos la línea: relación de pareja como factor de riesgo para adquirir la cardiopatía isquémica, debemos considerar que el impacto de los factores de riesgo pueden ocurrir por medio de:

a) uno o más eventos agudos e intensos, pero discontinuos, como suelen ser ciertos eventos y transiciones vitales estresantes y traumáticos;
b) una sola situación crónica durante un tiempo determinado, como lo es la exposición prolongada a una familia disfuncional, o
c) la combinación de eventos discontinuos y de situaciones crónicas.

La forma en que la persona experimente estos factores de riesgo, por medio de: su estilo de afrontamiento, su autoconcepto, su estilo atribucional o su temperamento, constituye en sí misma otra fuente de factores de riesgo con posible incidencia en el empeoramiento o no de una condición ya disfuncional (Maziade, Caron, Cote y Merette, 1990; Stiensmeier-Pelster y Schurmann, 1991 citado en Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996).

Así, después del análisis estadístico podemos afirmar que sí existen diferencias significativas en cuanto a algunos indicadores de la relación de pareja como se puede comprobar en las figuras 13 a 16 donde usando versiones resumidas y categorizadas dicotómicamente de los resultados de la Prueba "t", es posible observar cómo el grupo isquémico se comporta con cierta tendencia negativa con respecto a cómo se siente dentro de la relación (esto hablaría más claramente de las situaciones crónicas que explica el inciso "b" antes mencionado); por ejemplo en la figura 13 la frecuencia de respuesta (se sumaron las respuestas de siempre o casi siempre, frecuentemente y a veces sí) del grupo isquémico es mayor que la del grupo control en cuanto a sentirse maltratados o ignorados por su pareja, a pensar en divorciarse o separarse; a recurrir a las peleas y a resolverlas dejando el asunto de lado hasta que se les olvide o cuando gana su pareja (Las categorías: "Hacemos lo que recomienda alguien a quien respetamos" y "Reunimos a la familia y votamos sobre el asunto", no se incluyeron en esta discusión, pues sólo tres de las 200 personas encuestadas las eligieron como respuesta). Las frecuencias utilizadas en la graficación de estos datos, así como su nivel de significancia, pueden consultarse en las tablas 25 a 28.

Estos resultados ya dan cuenta de que los pacientes con isquemia, de algún modo sienten que su relación de pareja es insatisfactoria en comparación al grupo control dado que han pensado en separarse con más frecuencia que ellos. Sin embargo esto puede ser interesante pensarlo considerando que estos enfermos tienen más años de casados (más de 30 años) en comparación con el grupo de contraste.

VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	GRUPO ISQUÉMICO	GRUPO CONTROL
• TRES O MÁS HIJOS	0.000	73	48
• MÁS DE 30 AÑOS DE CASADOS	0.032	52	14
• SE DEJA DE LADO. GANA LA PAREJA	0.001	51	27
• PELEAN	0.011	38	16
• SI PIENSAN EN DIVORCIO	0.018	24	9
• SE SIENTEN MALTRATADOS	0.007	23	8

TABLA 25. Frecuencia de respuesta y nivel de significancia de algunas características de la relación de pareja.

VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	GRUPO ISQUÉMICO	GRUPO CONTROL
• NINGUNO A DOS HIJOS	0.000	27	51
• MENOS DE 30 AÑOS DE CASADOS	0.032	48	86
• PLATICO CON MI PAREJA	0.001	46	70
• NO PELEO CON MI PAREJA	0.011	62	83
• NO PIENSO EN DIVORCIO	0.018	76	81
• NO ME SIENTO MALTRATADO	0.007	77	92

TABLA 26. Frecuencia de respuesta y nivel de significancia de algunas características de la relación de pareja.

VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	GRUPO ISQUÉMICO	GRUPO CONTROL
• RELACIONES CON ANGUSTIA	0.003	16	2
• NO PAREJA ATRACTIVA SEXUALMENTE	0.039	17	6
• SI RELACIONES EXTRAMARITALES	0.000	42	9
• NO RELACIONES PREMARITALES	0.002	29	12
• EYACULÓ ACOMPAÑADO	0.000	69	47

TABLA 27. Frecuencia de respuesta y nivel de significancia de alguna conductas sexuales.

VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	GRUPO ISQUEMICO	GRUPO CONTROL
• RELACIONES SIN ANGUSTIA	0.003	84	97
• SI PAREJA ATRACTIVA SEXUALMENTE	0.039	83	91
• NO RELACIONES EXTRAMARITALES	0.000	58	87
• SI RELACIONES PREMARITALES	0.002	69	84
• EYACULÓ SOLO	0.000	31	53

TABLA 28. Frecuencia de respuesta y nivel de significancia de alguna conductas sexuales.

Aunque hay autores que mencionan que cuando aumenta el tiempo de relación se perciben menos enfrentamientos en la pareja (Cansino, 1986); hay otros que proponen que entre mayor es el tiempo de casados existe una menor satisfacción marital y que mientras más edad (en isquémicos 58.2 años en promedio, contra 44.6 del grupo control) son más infieles, poseen menos satisfacción sexual y marital, así como un mayor grado de soledad conyugal (Casas y Gudiño, 1985). Los resultados obtenido concuerdan con estos últimos autores, haciéndose cada vez más evidente que estos pacientes viven de forma menos satisfactoria su relación de pareja.

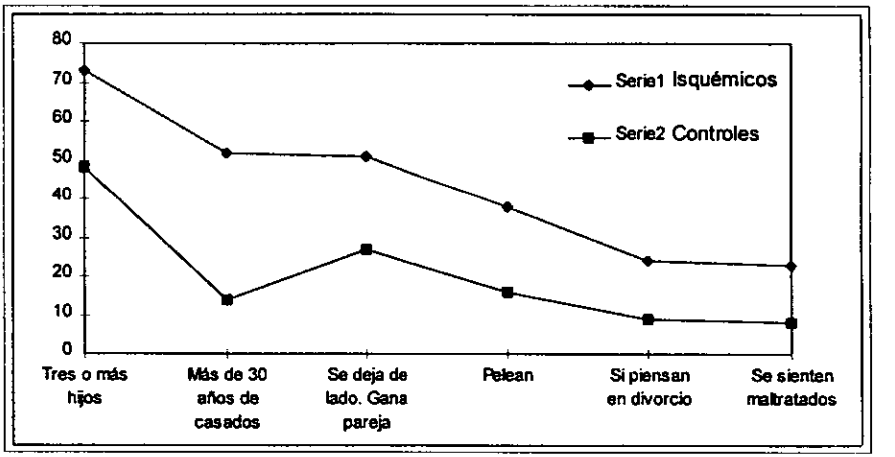

FIGURA 13. Diferencia entre grupos acerca de algunas características de la relación de pareja

Al referir que son maltratados o ignorados, que pelean frecuentemente y que no tienen mucha habilidad para comunicarse y arreglar las discusiones es necesario tomar en cuenta que formaron familias con más de tres hijos y que esta condición puede afectar estos resultados. Aunque, cabe señalar, algunos autores manifiestan que las parejas que viven con sus hijos perciben más positivamente su relación de pareja y presentan menos disyunciones en sus procesos perceptivos que las parejas sin hijos (Cansino, 1986).

Sin lugar a dudas es importante considerar que al sentirse maltratados por su pareja es necesario cuestionar, cómo se comporta el paciente para obtener este resultado, ya que éste puede ser el producto de la interacción de ambos miembros. Ahora bien, que se puede deducir en especial del hombre, sobretodo cuando consideramos que muchas de las investigaciones acerca de los factores de riesgo psicológicos de la cardiopatía isquémica refieren que es una

enfermedad propiamente masculina la cual se encuentra caracterizada por presentar el patrón de conducta Tipo A (Friedman y Rosenman, 1976; Feldman, 1995), y que se refuerza a su vez con la conducta hostil de sus portadores (Gloria, Meaney, Rivera, Robles y Vela, 1996), esta mezcla reforzaría la expectativa de que los encuestados se relacionan de forma agresiva y devaluatoria con sus parejas, lo que haría sospechar que la vida en común fuera una fuente de estrés para ambos sujetos.

Esto es cierto cuando, al momento de entrevistarme con los pacientes coincidí con algunas esposas que mencionaban que sus esposos eran agresivos, devaluatorios y golpeadores, sin embargo como puede notarse en la sección de correlaciones la exploración de conductas agresivas no fue significativa por lo que la deducción al respecto debe tomarse con precaución, esta situación limita el carácter correlacional del estudio, dirigiéndolo cada vez más a la categoría de predictivo, es decir, que hay diferencias entre los grupos en cuanto a la calidad de la relación de pareja. Sin embargo la direccionalidad de los resultados no está establecida, por consiguiente no es posible aceptar que la relación de pareja es un factor de riesgo para adquirir cardiopatia isquémica puesto que es igualmente probable que; por tener cardiopatía isquémica, estos pacientes, tienen problemas con su pareja.

Aún más cuando exploré, a forma de rapport, en los pacientes acerca de su opinión sobre su esposa la gran mayoría hablaba de ellas de forma agradecida y conmovedora lo que no siempre coincidía con su comportamiento y su sentir. Esta situación puede ser válida cuando se consultan autores (Kolb, 1983) que opinan que los enfermos cardiacos se caracterizan por manifestaciones infantiles y dependientes, condición que aunque se encuentra lógica por su estado, hace posible que la opinión que tenga de su pareja sea de agradecimiento y de necesidad.

Esta situación permite realizar una inferencia más precisa acerca de estos resultados, puesto que es importante señalar que al ser una enfermedad propiamente masculina, se esperaría que en este caso sea el hombre el que perciba la relación de pareja como "algo" más estresante en comparación con la mujer, puesto que la mujer infartogénica empieza a notarse por su actual incursión en el área laboral, siendo que mientras se encontraba en su papel de "esposa" o "ama de casa" no era significativa su presencia en este renglón.

¿Cómo se explica que estos pacientes vivan más estresantemente la relación de pareja que los controles y aún más que la mujer? Una explicación la encontramos en el psiquismo del hombre pues éste para asegurarse que no volverá a caer en la dependencia materna, se inventa toda una serie de libertades fuera del hogar, lejos de su mujer, dado que necesita de un margen de seguridad para huir de la simbiosis (Oliver, 1984). Esta situación podemos reforzarla con el análisis de la figura 15 en donde se señala que estos pacientes recurren con frecuencia a la relación extramarital en comparación con el grupo de contraste, el cual no requiere tanto de

esta situación, confirmando que estos últimos pueden enfrentar de forma más creativa su relación de pareja. Este fenómeno es posible explicarlo como una fijación en alguna etapa del desarrollo, puesto que la resolución del complejo de Edipo constituye la base de la relación marital, ya que influye en la determinación y establecimiento de limitaciones firmes que permiten la intimidad emocional y unión física sin miedo de fundirse, así como también, permite a la pareja hacer a un lado temporalmente sus propias necesidades, en favor del compañero y sin pérdida de la propia identidad (Kovacs, 1983).

La infidelidad puede ser considerada como una válvula de seguridad necesaria para preservar a los matrimonios (aunque algunos autores la consideran la principal causa del fracaso conyugal) (Sánchez-Sosa, Hernández Guzmán y Romero, 1997) que, en la actualidad, están sometidos culturalmente a presiones excesivas, no obstante, resulta importante destacar que ese beneficio lo obtendrán aquellas parejas donde existe el aburrimiento, la separación temporal y la propensión al conflicto (Bonilla, 1993; Giusti, 1988).

La aceptación de la infidelidad como una válvula de escape para la relación, es más fácil de instrumentarla desde el punto de vista masculino, puesto que el hombre no comulga con la independencia de su pareja y apoyan más la exclusividad social y sexual de la relación; incluso hay autores que mencionan que los hombres a comparación con las mujeres son más envidiosos y su autoestima es más dependiente del medio (Reidl, 1985).

Si a esta situación le sumamos que las parejas tienden a evitar solucionar las frustraciones diarias y éstas más bien se acumulan para luego ser sacadas de forma inflada (Milchell, 1982), creamos en esta interacción un escenario de experimentación y práctica de las rela ciones interpersonales, donde la paciencia, la fe y la tolerancia son los "referís" que modulan la lucha por la comprensión del otro.

De una u otra forma parece ser que los cardiopatas isquémicos no cuentan con suficientes habilidades para relacionarse en pareja y esto lo podemos hacer notorio al revisar que cae en un tipo de relación complementaria (la conducta de ambos miembros de la relación es diferente y mantienen posiciones extremas) y su forma de comunicación es convencional (verbalizaciones superficiales para mantener la ignorancia de los aspectos significativos y privados de la pareja). Esta situación puede corroborarse en las Figuras 13 y 14 donde es posible analizar que los isquémicos resuelven sus peleas conyugales dejando el asunto de lado hasta que se olvida y los controles se permiten dialogar más con su pareja, haciendo que la sensación de satisfacción sea más evidente en los segundos.

Algunos autores mencionan que la mujer tiende más a buscar igualdad emocional, profundidad, apertura y aceptación, por lo que recurre frecuentemente a la comunicación contactual sin defensa, y puesto que los hombres reciben lo que esperan de su pareja (la comunicación contactual traducida en los cuidados que genera la enfermedad) éstos reportan

sentirse más satisfechos, mientras que las mujeres más insatisfechas, debido a que reciben comunicación convencional y controladora por parte de su pareja (Hawkins, 1980). Pero ¿qué pasa cuando se reporta que los pacientes con isquemia manifiestan que en sus peleas su pareja gana (con más frecuencia que los controles)? Es posible que el estrés, que probablemente experimente el hombre al manifestarse sin recursos o algo impotente ante las discusiones, sea más marcado y esta condición es un aspecto importante cuando recordamos que la variable "Las peleas con mi pareja son con violencia física" se correlaciona con "Mi madre ordenaba ofensivamente" (r=.4194 y p=.000), situación que permite rastrear en etapas tempranas de formación, el patrón de incomunicación.

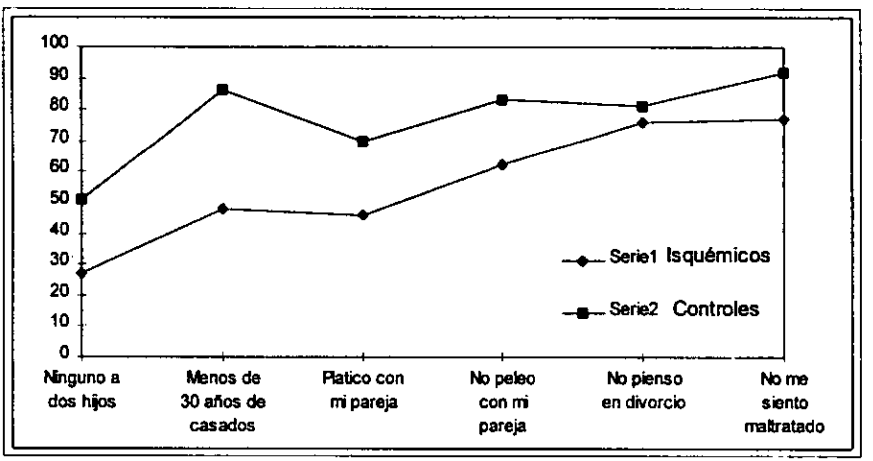

FIGURA 14. Diferencia entre grupos acerca de algunas características de la relación de pareja

Estos resultados refuerzan las deducciones de algunos autores (Kaplan, 1989) que mencionan, como factor de riesgo psicológico, que la relación que afecta más a estos pacientes es la paterna que, no es posible dejar de mencionarlo, es el patrón que marca la búsqueda de la futura pareja y por ende hereda el esquema patológico de la relación.

Se hace necesario recordar que la combinación de eventos discontinuos y de situaciones crónicas son las bases para considerar el impacto de los factores de riesgo y que por el cauce que va tomando la discusión, se hace más claro que la relación de pareja que entabla este paciente puede contar con la combinación de elementos que la esbozan como un factor de riesgo.

Aún más, algunos autores mencionan que la forma en que se vivió la niñez y de cómo se aprendió el afecto a través de la relación padre-hijo, modifica la relación romántica del adulto

(O'Leary y Smith, 1991). E incluso algunos modelos terapéuticos indagan de qué tipo de familia proviene cada uno de los integrantes de la pareja como eje para el tratamiento (Salama, 1988).

Recurso psíquico que nos lleva a repetir viejos moldes en el aquí y el ahora, y que resalta la importancia que posee la carencia de apego seguro entre padres e hijos y/o los estilos de crianza autoritarios o permisivos que los padres ejercen al interactuar con sus hijos, ya que estos representan factores de riesgo que anuncian disfunción psicológica (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996).

El que se señale consistentemente hacia la familia y el comportamiento que se da hacia su interior como la fuente de factores de riesgo, impone la creación de programas de intervención dirigidos, no a los individuos, sino a los padres y las familias (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1996) reforzándose así, cada vez más, la instauración de programas psicológicos preventivos en los servicios de salud a nivel mundial.

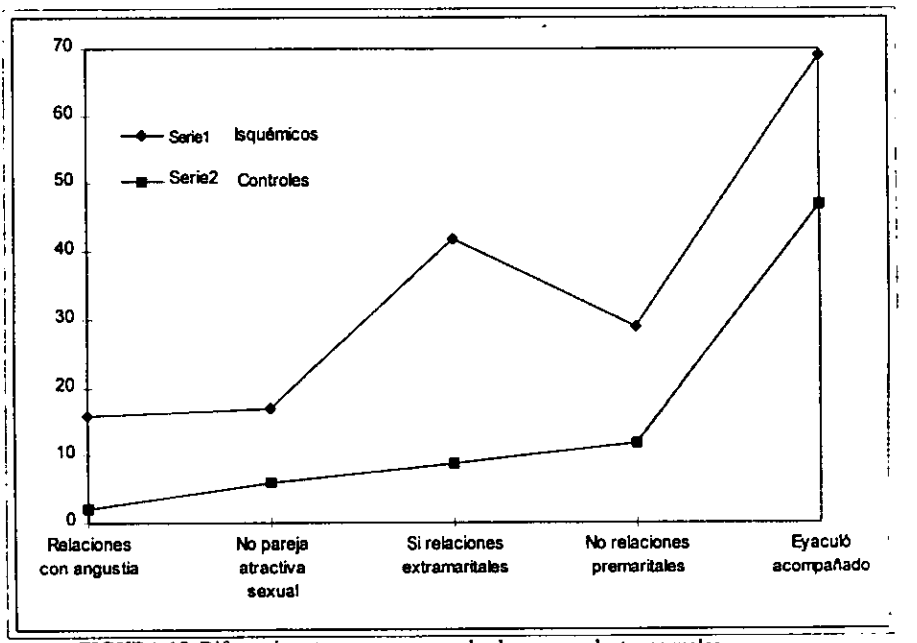

FIGURA 15. Diferencia entre grupos acerca de algunas conductas sexuales.

Otra evidencia que refuerza lo anterior son las dificultades que manifiestan los pacientes después de su egreso del hospital. Estas se dan en términos del cambio en su estilo de vida; en la recuperación de su actividad laboral y sexual y en su funcionamiento social y doméstico (Petrie, Weinman, Sharpe y Buckley, 1996). Considerando que el grupo isquémico

fue encuestado, lógicamente, después de su padecimiento es posible que puedan justificarse los resultados obtenidos en las Figuras 15 y 16 donde es claro observar cómo los pacientes con isquemia respondieron afirmativamente con más frecuencia al reactivo acerca de experimentar las relaciones sexuales con angustia en comparación con el grupo control, así como al manifestar que su pareja no les es atractiva sexualmente. Estos factores posiblemente repercuten en la práctica de relaciones extramaritales, más frecuente también en el grupo con cardiopatía isquémica.

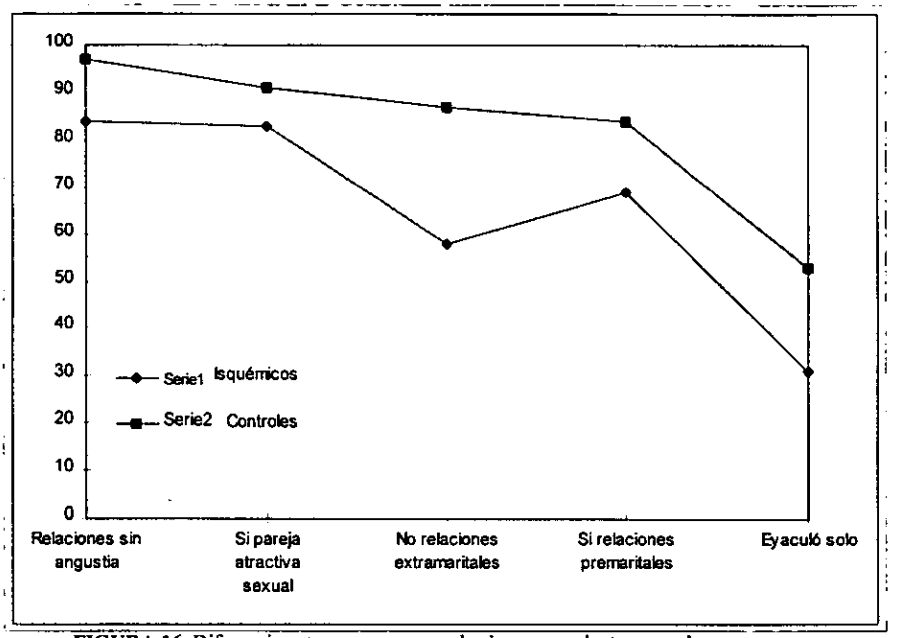

FIGURA 16. Diferencia entre grupos acerca de algunas conductas sexuales.

Sin embargo otros autores mencionan que el regreso a la función sexual fue más rápida y completa que el regreso al trabajo (Stern, Pascali y Ackerman, 1977), lo que refuerza todavía más la posibilidad de continuar con las relaciones extramaritales y hasta cierto punto inferir la dependencia sexual del sujeto al descubrirse que también es más frecuente, en el grupo isquémico, la práctica de relaciones prematrimoniales y la necesidad temprana de ayuda

exterior ante eventos importantes como fueron la primera eyaculación. Es posible reforzar este argumento al revisar la Figura 16 que indica que, el grupo control contaba consigo mismo para enfrentar, este mismo evento, satisfactoriamente.

Tras esta argumentación es posible limitar los hallazgos obtenidos desde dos rubros importantes:

1. Recalcar que los pacientes con cardiopatía isquémica mantienen una relación de pareja con características que indican más insatisfacción (sentirse maltratados o ignorados, tener peleas más frecuentes, recurrir a la infidelidad, poseer pocas habilidades para el manejo de conflictos) que los hombres del grupo control y que esta condición puede ser provocadora de estrés psicológico, reforzándose así, el carácter predictivo de este estudio.
2. Considerando que estos pacientes mantienen esta condición desde hace 31.8 años en promedio, es posible nombrarla una situación crónica y por ende apreciar el impacto que, como factor de riesgo, tendría en el estilo de vida del sujeto y que al sumarle sus hábitos de crianza (recordemos que el patrón de comportamiento marital es heredado de los padres) pueden desembocar en la enfermedad que los aqueja. Ante esta deducción no olvidemos que la direccionalidad y la probabilidad de los resultados no está definida pues para ello se requiere de estudios confirmatorios que permitan hablar desde la generalidad.

Esta reflexión podría ser suficiente para cubrir las expectativas iniciales, sin embargo la discusión estaría inconclusa si no se expusieran las variables que pudieron contaminar los resultados obtenidos. Así se presentan los siguientes aspectos.

LIMITACIONES

DE LOS SUJETOS

Este apartado tiene como finalidad discutir acerca de los "pros" y "contras", que a lo largo de la investigación, se descubrieron acerca de los "Sujetos" empleados en este estudio. La

principal característica es que aún cuando fue cuidadosa la recolección de los mismos, los límites de las variables de selección fueron demasiado amplios, a tal grado que permitieron un sesgo innecesario entre los dos grupos. De los más importantes podemos mencionar la edad y los años de casado.

Es necesario considerar que la edad es uno de los factores de riesgo más aceptado (Wolpert, Robles y Reyes, 1993) para adquirir la cardiopatía isquémica. Esto nos hace pensar acerca de la muestra que se recolectó puesto que, como ya se mencionó, la edad en el grupo de pacientes con isquemia fue de 58.2 años en promedio, contra 44.6 del grupo control. Estamos hablando de 14 años de diferencia que se hacen significativos al revisar las estadística y comprobar que el grupo control, se encuentra en el rango de edad en el que aparece la cardiopatia isquémica, en el cuarto lugar de importancia como causa de mortalidad en los varones mexicanos. En cambio el rango promedio de los pacientes con cardiopatía ya se encuentra en la posición número uno de las causas de mortalidad en el país (INEGI, 1995).

Ahora bien, el promedio de años de casados fue de 31.8 para el grupo isquémico y 17.5 en el grupo control, siendo esta una diferencia significativa que hace necesario considerar que, la percepción de maltrato o de estrés en la relación pueda tener su origen en esta variable y por consiguiente deducir que el padecimiento mismo se debe a los años de casado más que a la calidad de la relación. Esta conclusión puede verse aminorada cuando se analizan las estadísticas de divorcialidad en correspondencia a los años de casado y edad de los sujetos, encontrándose que en los rangos promedios de edad, en ambos grupos, se reporta un número de demandas de divorcio similares (633 para los 40 a 44 años y 645 pará los 50 años o más, pasando los dos grupos por el rango superior a los 10 años de casado (INEGI, 1995)).

También se reporta en la literatura que el estado civil: "casado" es más frecuente en los pacientes con isquemia. Un punto de comparación a este respecto es que en las mujeres se ha encontrado que en aquellas pacientes sin una relación de pareja y a las que se les sumaba el estrés laboral presentaron una tasa de mortalidad más elevada después de sufrir un infarto agudo al miocardio (Casamadrid, 1989) y que también se considera que es más frecuente en el hombre buscar el matrimonio que en la mujer (Gove, 1972).

Los resultados obtenidos hasta el momento reportan que estos pacientes sienten menos satisfactoria su relación de pareja, sin embargo es probable que esta situación sea menos estresante que separarse dado que estudios diversos apoyan que el porcentaje de demanda de divorcios es más frecuente en la mujer que en el hombre (INEGI, 1995) y que el porcentaje de demanda de reconciliación es significativamente más elevada en el hombre y que en algunos de ellos, después de la separación, se presentan problemas con el dormir y dolores de cabeza; ambas situaciones evidencias tempranas de estrés psicológico (Jordán, 1988).

Por otro lado se comenta que conforme aumenta el nivel escolar, más negativamente se percibe la relación de pareja y más disfunciones se presentan en los procesos perceptivos de la relación (Cansino, 1986). A este respecto es importante mencionar que el grupo control cuenta con mayor nivel escolar (57% de la muestra cuenta con estudios profesionales en contraste con el 33% del grupo isquémico), resultado opuesto a lo esperado teóricamente. Esta condición puede mantenerse al margen al momento de considerar los resultados pues aunque se esperaría que el grupo control tuviera una percepción negativa de la relación de pareja es necesario recordar que reportan tener más diálogo con su pareja (ver Figura 17) habilidad que, al parecer, fortalece la relación. Además, debemos considerar que no se tienen datos acerca de las esposas y se desconoce que tan similar es el nivel de estudios de ambos (interesante de indagar en posteriores estudios) y que al encontrar un posible equilibrio pueda ser explicada esta contradicción, dado que el nivel escolar, al igual que otras muchas variables, se encuentra en función de la pareja , teóricamente se menciona que, cuando los miembros de la relación tienen diferente nivel de escolaridad, tienden a percibir más denigración y decepción en su relación de pareja y más disfunciones en sus procesos perceptivos sobre la relación (Cansino, 1986).

En cuanto a los roles que juegan cada uno de los integrantes de la relación, se espera que el hombre cubra el rol instrumental, es decir más que nada de proveedor. Los resultados mostraron que el 66% de los isquémicos trabaja en contraste con el 92% de los controles; y aunque el 29% de los isquémicos es jubilado la realidad de los hechos es que no se sienten tranquilos con su poder adquisitivo (situación que reportaban frecuentemente durante la aplicación del instrumento, que recordando, fue individual). Es posible que, al momento de no cubrir la expectativa de lo que se espera como rol, existan discrepancias que se traduzcan en mayor insatisfacción en la relación de pareja (Atkinson y Huston, 1984).

Otra condición que corrobora la importancia de los factores de riesgo paralelos al estudiado, es el que nos comprueba, a continuación, el sedentarismo. Al preguntárseles a los sujetos acerca de sus hábitos deportivos, se encontró que el 59% de los pacientes reportó nunca practicar deporte en comparación con el 19% de los controles. Esta diferencia no fue tan evidente en la condición: "práctica deportiva extrema" que pudiera ser perjudicial para la salud (Guerrero y González, 1985), encontrando que en el grupo de los isquémicos el 9% practica deporte diariamente y los controles el 13%.

En futuros estudio es conveniente considerar la uniformidad de los grupos y considerar estas variables en esa labor; pues aunque se hace evidente la diferencia entre grupos, es necesario considerar estas variables extrañas dentro de los factores que pudieron dar origen a estos resultados, es decir que lo revisado puede ser tanto factor de riesgo para adquirir la cardiopatía isquémica como también una fuente que favorece una mala relación de pareja, esta

característica biunívoca hace necesario ir depurando su estudio y aplicar estadísticos más finos que permitan depurar estas relaciones funcionales.

DEL INSTRUMENTO

Como estudio exploratorio es indiscutible que el SEViC es un instrumento que cubre las necesidades planteadas en esta investigación dado que permite explorar las diferencias estadísticas existentes entre un grupo con cardiopatía isquémica y un grupo libre de antecedentes cardiológicos, en cuanto a lo que respecta a la calidad de su relación de pareja.

Para alcanzar este objetivo se empleó una prueba T, dado que este estadístico nos dio a conocer las diferencias entre grupos y es factible su aplicación dado el nivel intervalar del SEViC. Así mismo, los datos fueron analizados con las técnicas habituales de la estadística descriptiva, para datos normalmente distribuidos. Las comparaciones entre ambos grupos se realizaron mediante medidas diseñadas para ponderar probabilísticamente diferencias en valores escalares ordinales e intervalares.

Si recordamos las facilidades exploratorias del SEViC podemos corroborar que aborda una amplia gama de áreas que permiten explorar características sociodemográficas de la población y, lo que es más importante para este estudio, el deterioro de la salud psicológica en términos de problemas adaptativos frecuentes, variables de interacción familiar y hábitos de crianza; esto se valora con más razón al estar enfocándonos al estudio de un factor de riesgo.

Ahora bien, dada la riqueza de datos, fue posible concluir que si existen diferencias significativas entre estos dos grupos en cuanto a la forma y la calidad de relación que entabla con la pareja, además de que contamos con una exploración paralela que nos permite hacer inferencias acerca de otros factores de riesgo como son: la edad, el estado civil, la personalidad de Tipo "A", el complejo hostil, el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, la tendencia a la somatización, las relaciones paternas temprana, etc.

Sin embargo este gran cúmulo de información presenta también una parte negativa y ésta se hace evidente cuando se analizan las correlaciones obtenidas (solamente 15 correlaciones moderadamente significativas que no permitieron elaborar conclusiones importantes) y aunque en total fueron numerosas es más significativo que sean predominantemente bajas. Esto, se sugiere, puede deberse a que no se indagan exhaustivamente las área abarcadas, puesto que son muchos tópicos los que se exploran con pocos reactivos.

Repitiendo, es necesario recalcar que como estudio exploratorio los resultados obtenidos son adecuados, sin embargo es conveniente enfatizar el uso de instrumentos que exploren, de la pareja, su estilo comunicacional, su jerarquía de necesidades, su conducta sexual, su capacidad para manejar el conflicto, etc. que permitan enriquecer las conclusiones aquí obtenidas, dado que ya se sabe que el paciente con cardiopatía isquémica se relaciona de forma diferente con su pareja en comparación con aquellos hombres que no presentan cardiopatía; el siguiente paso es averiguar cómo es esta relación, qué cosas en específico vive el paciente, en su relación, como para conceptualizarla más insatisfactoria y, es necesario reconocerlo, el SEViC no es un instrumento para detectar estas particularidades.

Como una propuesta se sugiere utilizar instrumentos como: El Cuestionario de Aserción en la pareja (ASPA) que permite evaluar las estrategias con las que cuenta la pareja para afrontar el conflicto en la convivencia marital.

Finalmente, es conveniente mencionar que si bien el SEViC es un instrumento que se ha utilizado en diversas poblaciones, algunas opciones de respuesta para ciertos reactivos, fueron poco adecuadas para la población encuestada; por ejemplo el reactivo 82 que dice: "Si es casado(a) o vive en unión libre, ¿desde cuando?", se contesta con las opciones que abarcan desde "hace menos de un año" hasta "cinco años o más", siendo esta última opción "devoradora" de la riqueza de información que, para este estudio, se necesitaba. De esta forma, el reactivo se aplicó de forma diferente, para ambos grupos, al pedírseles que especificaran cuántos años de casados tenían.

Otro aspecto importante a explorar con más detalle, es el referente a la profesión de los participantes puesto que, como se dijo anteriormente, el regreso al trabajo después de la enfermedad es más difícil de enfrentar (Stern, Pascali y Ackerman, 1977), y esta decisión pudiera estar influenciada por el tipo de empleo.

Aún y a pesar de estos inconvenientes, la efectividad del SEViC como instrumento exploratorio no se puede negar.

DEL AMBIENTE MÉDICO

Revisar la bibliografía médica acerca de los avances en el tratamiento de cardiopatías diversas nos enfrenta, a las personas sin una formación de esta clase, ante un laberinto de términos que no son fáciles de seguir y aunque frecuentemente se trata de abordar los

padecimientos como algo holístico considerando al ser humano desde las tres esferas consabidas (Físico-Psicológico-Social) es triste percatarse que el enfoque biologista tradicional descarta a dos de estas esferas (Información Clínico-terapéutica; Gaceta Médica de México, 1993).

El uso exagerado del modelo biologicista ha llegado a su límite y es necesario sustituirlo por otro, que considere al hombre en su totalidad.

La percepción de la enfermedad se retroalimenta con el estrés psicológico; con la creencia de que es curable o no y con la concepción de poseer o no, las herramientas para enfrentarla y es por demás mencionar que todas estas condiciones repercuten en la recuperación del paciente (Petrie, Weinmam, Sharpe y Buckley, 1996).

De esta forma es la condición psicológica el aspecto más importante durante la convalecencia. Esta "condición" la podemos entender como la habilidad para controlar la depresión, incrementar la autoestima y el sentido de independencia (Hackett y Cassem, 1973).

Es necesario encaminar la investigación hacia aspectos que puedan dar soluciones al paciente, puesto que se encuentra ante eventos traumático que debe enfrenta al padecer una enfermedad cardiaca, ya que se sabe que la recuperación es menor en la medida que el paciente experimenta cuadros de depresión y ansiedad (Garrity y Klein, 1975). Un ejemplo de ello es la reacción del enfermo ante las intervenciones quirúrgicas con circulación extracorpórea (es una de las más severa técnicas intervencionistas para tratar de corregir el daño cardiaco) procedimiento extremo en el que cae el paciente después de recorrer una cadena que, probablemente, se originó en la isquemia.

Desde el punto de vista sintomático, el paciente después de la operación sufre de angustia, experiencias ilusorias y alucinaciones, desorientación e ideación paranoide. Esta alteración aguda postoperatoria parece estar relacionada con la duración de la operación y del periodo en el cual el corazón dejo de funcionar y se utilizaron aparatos substitutivos.

Las funciones yoicas se alteran debido a la combinación de :

a) la insuficiencia cerebral que se produce,
b) los factores ambientales de la sala de recuperación, que impiden el sueño del paciente y le producen un estado de privación sensorial y
c) la angustia intensa que se asocia a la amenaza impuesta por la operación cardíaca.

Los enfermos que se han vuelto dependientes durante el largo período de invalidez, o que han utilizado la enfermedad para evitar situaciones angustiantes, son los que más tienden a responder a los procedimientos quirúrgicos con una descompensación emocional. Esto es grave cuando recordamos que el paciente con infarto agudo al miocardio presenta síndrome histérico y de angustia (Díaz, 1983).

La necesidad de atender a los pacientes en el momento pre y postoperatorio es un deber dado que el paciente después de su operación, en el mejor de los casos, presenta síntomas

psicóticos. La mayor parte de los síntomas psicóticos agudos hallados en el postoperatorio son transitorios y desaparecen con una amnesia frecuente del episodio. Los trastornos de personalidad premórbida que había antes de la operación persistirán invariablemente y pueden aumentar con la ansiedad habitual en el postoperatorio (Morse, 1970).

Conociendo estos datos es casi estar "jugando" con el bienestar de un hombre al no prevenirlo de desenlaces más funestos, dado que la frecuencia de las psicosis postoperatorias puede disminuirse si antes de la intervención quirúrgica se comenta con el enfermo el miedo y la angustia que la operación suele provocar; si se habla con él de sus experiencias traumáticas y quirúrgicas pasadas, y se mencionan los resultados previsibles del actual tratamiento.

De ello puedo citar a un paciente que entrevisté y que mencionaba: "Si tan sólo me hubieran dicho que iba a despertar y tener la boca llena de tubos, sin poder moverme y sin poder hablar; hubiera tenido tiempo para ponerme de acuerdo con mis familiares para poder comunicarles , cómo me encontraba... No hubiera sido tan angustiante para mí ni para ellos".

Otro comentaba: "Si hubiera sabido que lo que tenía que hacer ante el ventilador, era tratar de respirar a pesar del dolor y que con eso mi recuperación era más rápida, me hubiera esforzado más y desesperado menos".

De esta forma, el estrés postoperatorio puede reducirse al mínimo y el apoyo psicológico puede aumentarse cuando el médico se asegura de que el paciente duerme en forma regular y de que no carece de estímulos sociales que lo tranquilicen.

En relación a la prevención hay suficiente conocimiento para que, mediante la educación y las motivaciones para el cambio de hábitos y conductas, se busque modificar actitudes, promover una adecuada nutrición, el ejercicio físico y la eliminación del tabaquismo, factores bien conocidos que inciden en la génesis de atero y arteriosclerosis, los cuales son substratos patogénicos de muchas cardiopatías, de hipertensión arterial sistémica y de enfermedad cerebrovascular (Wolpert, Robles y Reyes, 1993) y en este campo el psicólogo tiene un mundo de oportunidades para encaminar su esfuerzo y demostrar la importancia de su participación en ambientes hospitalarios.

Ahora bien, el papel que juega la esposa en el rehabilitación del paciente es fundamental, ya que estos las reconocen como su fuente principal de apoyo y cuidado, incluso es frecuente que al momento de interrogar a los pacientes, éstos necesiten consultar a sus esposas acerca de precisiones del tratamiento, dosis de medicamentos o hábitos higiénicos. Esta dependencia se reporta, más frecuentemente, en la literatura de alcohólicos, y se menciona que, a los esfuerzos de la esposa por tratar de resolver el problema, se suman ciertas condiciones de vida poco gratificantes para estas mujeres ya que viven frustradas, renegando de todo, sufriendo y tratando de cambiar a su compañero alcohólico, aparentemente conformadas, pues son agresivas-pasivas y llevan por lo general el control del hogar. Además, su historia familiar es

generalmente de alcoholismo (a excepción de una que otra mujer) donde éste ha venido existiendo por generaciones (abuelos, tíos, padres, hermanos, etc.); siendo el alcohol de suma importancia, para lograr mantener el sistema familiar. Estas mujeres asumen el rol de madres explotadoras en una relación simbiótica con su pareja, y en ocasiones con algún hijo. Existe gran cantidad de resentimiento en ambos cónyuges, así como sufrimiento y dolor, tanto físico como emocional (Fragoso, 1995).

Se refiere que nuevamente salta a la vista el doble papel que la sociedad le ha dado a la mujer, es decir, el de protección y el de sumisión (y que se ven como contradictorios) ya que la mujer en su intento por preservar a su esposo, toma la carga de responsabilidad que a él le toca y luego es señalada como dominante y castradora (Fragoso, 1995). Percepción esta última, que comparten los médicos tratantes de los pacientes encuestados.

Esta reflexión hace posible mencionar que el origen de este estudio fue dar respuesta a la petición de un médico que me cuestionaba acerca de la conducta de las esposas de los pacientes con isquemia pues, desde su punto de vista, su conducta hacia el paciente era de sobreprotección y a la vez mantenían una relación de sobreexigencia con el personal hospitalario, haciendo que en su mayoría, se distinguieran de las esposas de otros pacientes, como las "nefastas" o las "latosas".

Sin embargo, qué tan cierta es esta relación puesto que al menos en el estrato socioeconómico bajo, de la población urbana de la Cd. de México, las características de personalidad de las esposas de alcohólicos son determinantes en el desarrollo, permanencia y agravamiento del alcoholismo de sus esposos (Fragoso, 1995). Este argumento nos permite pensar que quizá la relación de pareja es un factor de riesgo no sólo para la cardiopatía isquémica sino para la enfermedad en general y, en vez de abordar los resultado de forma rígida, podríamos considerar la relación de pareja como un evento de vida generador de estrés que puede favorecer desordenes físicos, psicológicos y sociales del individuo; y que esta relación no es funcional en la medida que aún no conocemos si la enfermedad en sí misma pone a prueba la estabilidad de la relación de pareja.

Si bien esta situación afecta al paciente, es necesario cuestionarnos si este doble papel que juega la esposa y en general la mujer (trabajando dentro y fuera del hogar) es una de las causas que hacen que desde los 35 a los 44 años las mujeres presenten como segunda causa de mortalidad a la cardiopatía isquémica y para los hombres, en este mismo rango de edad, sea la cuarta (INEGI, 1995).

Esta situación refuerza la necesidad de estructurar programas preventivos puesto que, las características de la nueva generación femenina no son alentadoras.

SUGERENCIAS

Aún cuando mucho es todavía desconocido, hay evidencias de que la disfunsión psicosomática tiene en común algunos rasgos dinámicos con desordenes traumáticos de la personalidad. La aparición de síntomas psicosomáticos refleja daño de las capacidades integrativas de la personalidad manifestado en una disminución del dominio del medio y del control de las emociones básicas. Las perturbaciones psicológicas con disfunsión psicosomática, parecen en efecto representar un esfuerzo inútil para compensar esta falta de control.

El potencial homeostático del organismo está variablemente lesionado y el organismo se enfrenta con una excesiva carga de estímulos, tanto de fuera (mi relación de pareja) como de adentro (como siento que soy tratado en la relación y en la enfermedad), que no puede superar adecuadamente.

El aspecto psíquico de la respuesta psicosomática sugiere un esfuerzo mal llevado para recuperar el control sobre el desborde emocional, y restablecer el dominio sobre los peligros de el medio externo a un nivel infantil de omnipotencia. Parece ser que el componente interno del conflicto, esto es, el conflicto enfocado en la zona entre el organismo y el medio, es el que se relaciona más con la respuesta psicosomática (más que el componente interno). Naturalmente este aspecto extrapsíquico del conflicto, sin resolver, se retroalimenta en la personalidad, y agrava los conflictos internos más viejos. Así, la reacción psicosomática se concibe como un recurso substitutivo inútil y regresivo para la descarga de impulsos en abierta acción; su propósito implícito es restaurar el control sobre una amenaza del ambiente por medio del restablecimiento del dominio mágico

La enfermedad psicosomática debe ser examinada desde cuatro puntos de vista:

1. El factor constitucional, si lo hay.
2. El factor especial que influencia la elección del órgano; esto es, el problema de la especificidad orgánica.
3. El factor de vulnerabilidad hacia el derrumbe psicosomático que se establece en la familia de la infancia.
4. La influencia de la adaptación del individuo a roles familiares y extrafamiliares en la adolescencia y edad adulta.
5. Los factores patogénicos en las pautas interpersonales del grupo, familia, comunidad y cultura (Ackerman, 1994).

Indudablemente que abordar el tratamiento psicológico de las enfermedades psicosomáticas es urgente en las instituciones de salud y aunque se reconoce que tanto en el

modelo psicodinámico como en el de aprendizaje-social se reportan resultados que producen una mejora significativa en general, la diferencia más marcada en estas dos aproximaciones es que la técnica conductual tiene resultados inmediatos en cambio la modalidad psicodinámica reporta éxito a futuro (Snyder y Wills, 1989).

Esta condición y conociendo las demandas nacionales de cantidad más que de calidad de atención, podrían hacer que la preferencia por las técnicas conductuales se hiciera más evidente. Sin embargo, al considerar las técnicas terapéuticas que abordan también el tratamiento de conflictos conyugales es necesario reconocer que cada una de estas aproximaciones, más las de corte humanista, cubren la demanda de problemas de cada pareja, es decir que algunas de ellas requieren de soluciones que se encuentran en su psiquismo, otras en el manejo emotivo y otras más en el conductual y que en todas se reportan resultados significativos en la satisfacción marital y una reducción en el estrés psicológico individual (productor inmediato de la enfermedad psicosomática).

Aunque pudiera considerarse que el abordaje terapéutico de factores psicosomáticos con los problemas maritales fuera un tanto "violento", no lo es tanto cuando, por las correlaciones obtenidas, podemos verificar que las tendencia a la somatización juega un papel importante en la actividad sexual (consultar las correlaciones significativas entre relación de pareja y queja somática en el grupo isquémico del capítulo de resultados) que como se sabe tiene un peso importante en la satisfacción marital.

Además, es interesante tomar en cuenta que la gran actividad autónoma tal como el incremento en la frecuencia cardiaca y aún más la sudoración, están asociadas con la disminución de la satisfacción marital a través de un período de tres años. La correlación de las medidas de elevación autónoma con la disminución de la satisfacción marital son imprecisas pero ha sido posible hacer algunas interpretaciones de los resultados. Por ejemplo para el *hombre* está asociado el incremento del ritmo cardiaco con la baja de satisfacción marital, en la *mujer* en cambio, se asocia la sudoración con este evento (Levenson y Gottman, 1985 citado en O'Leary y Smith, 1991). Los predictores fisiológicos de la satisfacción marital parecen estar lejos de las evidencias que asoman de estos patrones de valoración, y que afectan a la conducta conyugal.

Aunque la investigación al respecto es poco enriquecedora se puede detectar que los factores fisiológicos que predicen la baja de la satisfacción marital son diferentes para los hombres que para las mujeres y esta situación hace más evidente la necesidad de involucrar a toda situación que cree incomodidad emocional crónica, puesto que tienen una función desencadenante de la reacción psicosomática. Aún más, a partir de los datos clínicos, en general se supone que el estrés que produce cambios emocionales contribuye al desarrollo de la

enfermedad arterial coronaria, de angina de pecho, de infarto miocárdico y a la expresión de estos trastornos en diversas formas de insuficiencia cardíaca (Kolb, 1983). Esto le da un lugar preponderante a los factores de riesgo emocionales y a los predictores psicosociales del fracaso conyugal (expresión del afecto, comunicación verbal, satisfacción sexual, estilos de toma de decisiones familiares, actividades recreativas compartidas, infidelidad y adicciones, entre otras) (Sánchez-Sosa, Hernández Guzmán y Romero, 1997), como desencadenantes de este tipo de enfermedades.

Ahora bien, es necesario hablar de otro término paralelo al de Factores de Riesgo, son los Factores Protectores, estos son aquellas condiciones ambientales y personales que se han asociado con la salud psicológica (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996).

Dentro de un escenario hospitalario el camino más viable para fomentar la implantación de recursos que favorezcan la creación de factores protectores es a través de la prevención y es aquí donde, a mi parecer, se necesita sembrar la semilla que nos permita cosecharlos. Específicamente a través de:

a) Cursos informativos constantes que involucren a la población de riesgo y al público en general.
b) En la concientización del enfermo y sus familiares acerca de las dinámicas familiares que son tóxicas para los hijos en cuanto a su carácter formativo.
c) Reconociendo los alcances y limitaciones que, por las características de cada profesión, permitan los abordajes médico-psicoterapéuticos, armonizándolos y retroalimentándolos constantemente.
d) Formando espacios adecuados para el personal médico que permitan la descarga catártica y constructiva del estrés diario.
e) Elaborando investigaciones que permitan ir delimitando con mayor precisión aquella técnica terapéutica que otorgue más soluciones a las demandas del paciente.

Finalmente, este estudio esta busca motivar y dirigir el trabajo psicológico en instituciones hospitalarias que, como grandes centros de recolección masiva de población enferma, nos permiten contar con escenarios que hacen posible investigar problemáticas específicas que consolidaricen soluciones ante el dolor del enfermo y que a su vez ayuden a que la labor del psicólogo sea reconocida, valorada y no temida por la sociedad.

VI

CONCLUSIÓN

Esta investigación fue realizada por una demanda personal, un cuestionamiento arraigado en la duda del lugar que ocupa el quehacer psicológico en ambientes hospitalarios.

Mi experiencia profesional y académica me han llevado a vivenciar dos escenarios hospitalarios algo extremos, me refiero al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y al Hospital de Petróleos Mexicanos ambos espacios en donde se le da cabida a la esperanza de vida de muchos mexicanos.

Cada uno de estos pacientes porta una necesidad de salud que repercute en el otorgamiento de poder al médico, hasta el grado de brindarle un estatus de "semi dios" (algunos médico lo creen tanto que dicen que son Dios mismo o por lo menos su segundo) con el fin de que se les aleje del enfrentamiento con la muerte.

Este rol necesario para el paciente y en ocasiones engrandecido por el médico es resultado de la demanda infantil que, en el enfermo, se provoca por la misma enfermedad.

Demandas infantiles, necesidad de escucha, traducción del discurso médico, apaciguamiento del dolor, enfrentamiento del nuevo estado físico, fantasías de pérdida (de la salud, del estilo de vida, de la capacidad sexual, de la laboral, de la independencia, etc.) son algunos de los "monstruos" con los que se enfrenta el paciente.

Acompañando esta escena se encuentra otro elemento importante, *el familiar;* el cual con la ferviente esperanza de recuperar a su ser querido (que se pierde real o simbólicamente) le da un toque más dramático al cuadro, puesto que él es el portavoz del paciente, el eslabón entre el dolor y la cura, el encargado de procurar alivio a la demanda afectiva y cubrir las necesidades físicas básicas del enfermo. Tarea bastante innoble dado que la capacidad para cubrir la demanda, puede no ser suficiente.

Intolerancia por un lado, impotencia por el otro y ambas desencadenantes de frustración e ira que debe ser depositada en algún lado, frecuentemente en el equipo médico.

Este ambiente, la propia responsabilidad que se desprende por su labor de guardián de la salud, el desapego frecuente que provoca la enseñanza del modelo médico tradicional con arduas jornadas laborales y cambios de residencia constantes que les obliga a enfrentar el desapego aún de sus seres queridos; la búsqueda de explicaciones rígidas, objetivas y de causa-efecto como único pensamiento aceptante en donde el sentimiento más que un componente más, es un obstáculo para la ecuación perfecta y; la dura competencia entre el mismo gremio en donde se logra el ascenso en la jerarquía con largas horas de estudio y debates muchas veces ofensivos y posibles de observar en las sesiones médicas, que aunque ricas en aprendizaje no dejan de ser agresivas y quebrantadoras de la autoestima débil, son el medio ambiente que rodea al personal médico.

Esta descripción puede considerarse como un abanico de buenas razones para que el médico tenga como una forma de defensa el engrandecimiento del ego.

Este límite defensivo puede tener su lado positivo que lo adivinamos al pensar en el panorama anterior, pero como todo, también cuenta con su parte negativa y ésta puede rastrearse en la falta de escucha del enfermo y en conductas oposicionistas a otras explicaciones o abordajes curativos. Afortunadamente es cada vez más frecuente encontrar médicos con esquemas flexibles, aunque no son todavía suficientes.

Es frecuente encontrar testimonios de enfermeras que se sienten agredida y menospreciadas por los médicos; de trabajadoras sociales que son percibida sólo como encargadas de dar seguimiento a los trámites administrativos o de rastrear a los pacientes que no asisten a su tratamiento; y de psicólogos que son considerados como los técnicos del psiquiatra y que su opinión puede aceptarse en los casos "no tan difíciles".

Sin lugar a dudas estas son afirmaciones que pueden dar la imagen de todo un "Fray Torquemada" disponiendo de las "pobres víctimas". Considerarlo así es parcializarlo y no reconocer la responsabilidad del otro lado de la relación, como un móvil que participa en este resultado.

Comprobar que en grandes Hospitales se encuentra en mínima representación o inexistente el Servicio de Psicología, no es sólo responsabilidad del médico sino del psicólogo mismo, puesto que es su responsabilidad demostrar, a través del trabajo y la investigación, cual es el beneficio de contar con su conocimiento y su aplicación durante todo el proceso de estancia hospitalaria del paciente.

Esta lucha por hacerse presente ya puede observarse en algunos centros hospitalarios (más frecuentemente privados y pocos gubernamentales) y aunque muchos psicólogos que han logrado un lugar importante han tenido que mimetizarsae con el médico (un buen ejemplo son los neuropsicólogos), no queda más que aceptar que es una vía de entrada para el trabajo psicológico en estos ambientes.

Hace pocos meses se llevó a cabo un curso de Psicología Hospitalaria en un hospital capitalino llenando de esperanza a la que aquí escribe. Sin embargo me encontré que lo que ahí se expuso fue un recuento de técnicas terapéuticas que poco ejemplificaban el trabajo con el paciente hospitalario, esta vivencia me llevó a otra pregunta:

¿A caso, no le queda claro al propio profesional de la psicología, cuál es su función ante un paciente cardiológico, ginecológico, canceroso, neurológico, etc.?

Indudablemente que hay quienes si lo saben y se enfrentan cotidianamente a la conquista de este terreno y es por esto que el objetivo de investigaciones como la presente, es demostrar cómo elementos tan comunes y corriente, como es la relación de pareja, que a simple vista pareciera tan ajena a un proceso patológico (una causa ignorada que ninguna prescripción farmacológica podría "curar") puede tener incidencia en la formación de la enfermedad.

El trabajo psicológico se plantea ahora como una vía rica en rutas para ayudar a la población hospitalaria y que armonizando (es importante subrayar *"no compitiendo"*) con todos los trabajadores de la salud puede encaminarse en resultados más eficientes y benéficos para el paciente.

Un ejemplo de este esfuerzo es el que, en la actualidad, da el Hospital General de México en donde se imparte el Seminario: "La Medicina del Hombre en su Totalidad", en éste un grupo de psicólogos, antropólogos, médicos, trabajadores sociales, entre otros; se han empeñado en hacer la distinción entre los que significa enfermedad y padecer.

Llaman enfermedad a lo que la clínica tradicional denomina entidades nosológicas.

Estas son las abstracciones que hace la mente humana para clasificar los signos y síntomas de la enfermedad en categorías taxonómicas. En ellas hay una continuidad entre el agente causal, la lesión anatomopatológica y las manifestaciones clínicas.

En cambio el padecer es la manera en que cada individuo sufre las alteraciones de su salud, de acuerdo con su individualidad biológica, psicológica y sociocultural.

El cambio radical que el Seminario ha propuesto para el ejercicio de la medicina, es que el médico haga diagnóstico de padecer, además del de enfermedad. Para ello debe tener un sólido fundamento biomédico y de propedéutica clínica, pero también requiere contar con los elementos para identificar todo lo que implica el padecer y necesariamente requiere del apoyo de la psicología médica y de sus procedimientos para conocer la realidad (Vargas, 1991).

El padecer tiene un núcleo relativamente estable, se refieren a la personalidad del paciente y la naturaleza de su problema de salud. Esto es particularmente claro en los padecimientos crónicos como lo son las cardiopatías.

Retroalimentando esta postura, los estudios antropológicos han mostrado que la sociedad y la cultura también influyen en la forma en que se ejerce la medicina científica, puesto que, por ejemplo, hay diagnósticos y tratamientos solamente empleados en algunos

países, aún cuando una medicina basada en la objetividad no debería ser distinta entre uno y otro país (Vargas, 1991).

Este aspecto es una comprobación de que la medicina no es tan rígida como quieren representarlo algunos médicos tradicionalistas y de que el psicólogo es bienvenido en este campo.

Ahora bien, sin olvidar el carácter exploratorio de este trabajo es necesario reconocer que lo que se abordó es sólo la brecha en estudios de factores de riesgo psicológicos, no explorados, y que abren la posibilidad de ser tratados no sólo de forma casual o dato curioso sino para darles entrada en la programación de los mecanismos preventivos de enfermedades tan graves (y las no tanto) como las cardiopatias, que como se revisó, tienen un papel preponderante en las tasas de mortalidad del mexicano (y cabe decir, en la actualidad, también de la mexicana).

Si bien el objetivo inicial de esta investigación se originó en una demanda específica de un médico cardiólogo preocupado en el bienestar de sus pacientes (es necesario darle su reconocimiento) que insistía en que las esposas de los pacientes isquémicos presentaban patrones específicos constantes entre ellas y diferentes a las de las esposas de los otros enfermos cardiológicos, éste fue tamizándose hasta desembocar en el descubrimiento de que, aunque no trabajando directamente con las "esposas", si fue posible observar que existen diferencias en la forma en que estos pacientes perciben el ser tratados y que esto abre el panorama de estudio y da un buen pretexto para que se aumente el interés del psicólogo en estos ambiente, más aún es necesario destacar que este interés no es una elección sino una obligación y esto lo podemos demostrar recortando que:

El psicólogo deberá:

Colaborar en las actividades que puedan contribuir al desarrollo de la psicología como ciencia y como profesión.

(Art. 11. Código Ético del Psicólogo. Sociedad Mexicana de Psicología).

APENDICE A

INSTRUMENTO

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es **completamente anónimo**, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **No hay respuestas buenas ni malas,** por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que sienta que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso, **tachando claramente la letra elegida** como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo o para otras personas y familias.

La primera sección de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. La segunda sección tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal.

EJEMPLO: En un día normal yo hago:

a - una comida
b - dos comidas
c - tres comidas
d- cuatro comidad
e - cinco comidas
f - seis comidad o más

Esto significaría que en un día regular, come tres veces.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: **con toda confianza, conteste con la verdad.**

PRIMERA SECCIÓN

1. En cuanto a mi peso, estoy:
   a - muy por debajo de él
   b - por debajo de él
   c - en mi peso

d - por arriba de él
e - muy por arriba de él

2. Tengo tics (por ejemplo: parpadeos, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos con la cara, etc.):
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

3. Tartamudeo al hablar (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

4. Tomo bebidas alcohólicas:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

5. Fumo (cigarros de tabaco)
a - dos o más cajetillas al día
b - de una a dos cajetillas al día
c - entre diez cigarros y una cajetilla al día
d - de uno a diez cigarros al día
e - no fumo

6. Tomo anfetaminas u otro estimulante:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

7. Fumo o consumo marihuana:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

8. Uso "crack" (rocas) o cocaína:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

9. Huelo o inhalo thinner, cemento o solventes:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

10. Tomo pastillas para dormir o para los nervios:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

11. Me siento demasiado acelerado u optimista sin razón:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)

c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

12. Siento que hay gente que me quiere perjudicar o hacerme daño:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

13. No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

14. Tengo dificultades para dormir:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

15. Me siento triste sin razón:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

16. Me dan ganas de quedarme acostado todo el día, aunque haya dormido bien en la noche:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

17. Siento que no valgo mucho:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

18. Siento que soy un triunfador:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

19. Tengo pocas esperanzas de resolver mis problemas:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

20. Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

21. Me preocupo mucho cuando tengo que hablar ante gente que no conozco:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

22. A veces siento tanta angustia o miedo, que quisiera salir corriendo:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

23. Me dan ganas de vomitar:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

24. Me dan dolores en el abdomen (el estómago, la panza o la barriga):
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

25. Me da diarrea (chorro o chorrillo):
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

26. Me siento inflado, con gases en la barriga:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

27. Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

28. Me dan dolores en la espalda:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

29. Me dan dolores de cabeza:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

30. Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)

d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

31. Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

32. Me dan dolores en el pecho:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

33. Me dan mareos:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

34. Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o huecos, o espacios borrados:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

35. Siento debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

36. Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

37. Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado sexualmente aunque tenga ganas de estarlo:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

38. Mi pareja me parece atractiva sexualmente:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

39. Me atraen sexualmente otros adultos del sexo opuesto:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

40. Me atraen sexualmente otros adultos de mi mismo sexo:

a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

41. Me atraen sexualmente niños del sexo opuesto:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

42. Me atraen sexualmente niños de mi mismo sexo:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

43. Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

44. Me gusta causarle dolor a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

45. La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) me causa angustia:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

46. Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

47. Me despierto gritando, con mucho miedo o terror:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

48. Soy sonámbulo, camino dormido:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

49. Siento que mi pareja me ignora o me maltrata:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)

e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

50. Peleo con mi pareja:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

51. Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

52. Cuando peleamos, el enojo nos dura:
a - Minutos
b - Horas
c - Días
d - Semanas
e - Meses
f - Años

53. Esas peleas se resuelven generalmente con que:
a - Mi pareja gana
b - Yo gano
c - Dejamos el asunto de lado hasta que se nos olvida
d - Mi pareja y yo lo platicamos y llegamos a un acuerdo
e - Hacemos lo que recomienda alguien que respetamos
f - Reunimos a la familia y votamos sobre el asunto

54. He pensado en separarme o divorciarme:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

55. Para corregirlos o disciplinarlos, les pego a mis hijos (o a otros niños), (manotazos, cinturonazos, etc.)
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

56. Cuando me enojo mucho, grito o insulto:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

57. Cuando me enojo mucho, empujo o golpeo:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

58. La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

Duración Aproximada de Condiciones

59. ¿Le han molestado algunos de los problemas que ha señalado hasta ahora, durante un tiempo que le parezca importante?

a - Sí b- No

Si respondió "sí", marque cuánto tiempo le han molestado hichos problemas. Deje en blanco los que no se apliquen a usted. Sí respondió "no", pase a la segunda sección del cuestionario.

60. He tenido problemas por mi falta o exceso de peso durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

61. He tenido tics o tartamudez durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

62. He abusado del alcohol durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

63. He usado drogas o substancias durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

64. He sentido que hay gente que me quiere hecer daño o perjudicar durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

65. He estado muy acelerado, u optimista durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

66. Me he sentido nervioso o angustiado durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

67. Me he sentido triste sin razón durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

68. He tenido malestares o enfermedades físicas durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

69. He tenido problemas sexuales durante:
- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

70. He tenido problemas con el sueño (o al dormir), durante:

a - Una semana a un mes
b - De dos a cinco meses
c - De seis meses a un año
d - De uno a cuatro años
e - Cinco años o más

71. He tenido problemas con mi pareja durante:
a - Una semana a un mes
b - De dos a cinco meses
c - De seis meses a un año
d - De uno a cuatro años
e - Cinco años o más

72. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:
a - Muy mala
b - Mala
c - Regular
d - Buena

73. He tenido problemas por mi agresividad durante:
a - Una semana a un mes
b - De dos a cinco meses
c - De seis meses a un año
d - De uno a cuatro años
e - Cinco años o más

SEGUNDA SECCIÓN

A CONTINUACIÓN, CONTESTE POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, TACHANDO CLARAMENTE SU RESPUESTA.

74. Mi edad: _____ años

75. Mi estado civil (marque uno):
a - Soltero
b - Casado
c - Unión Libre
d - Separado o divorciado
e - Viudo

76. Si es casado o vive en unión libre desde cuando: _____años

77. En mi educación escolar llegué hasta:
a - nunca fuí a la escuela
b - primaria
c - secundaria
d - comercio o técnico
e - bachillerato
f - profesional o superior

78. Mi lugar de nacimiento es:
a - Distrito Federal
b - Interior de la República
c - Extranjero

79. Cuando yo era chico (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como:
a - En asistencia social o beneficencia
b - Clase trabajadora
c - Clase media-baja
d - Clase media
e - Clase media-alta
f - Clase alta

80. En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:
a - En asistencia social o beneficencia
b - Clase trabajadora
c - Clase media-baja
d - Clase media
e - Clase media-alta
f - Clase alta

81. He vivido en la Ciudad de México durante:
a - Menos de un año
b - De uno a cinco años
c - De seis a diez años
d - Diez a veinte años

e - Más de veinte años

82. En total tengo:
a - Cero hermanos(as)
b - Un(a) hermano(a)
c - Dos hermanos(as)
d - Tres hermanos(as)
e - De cuatro a seis hermanos(as)
f - Siete o más hermanos(as)

83. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es, soy el:
a- primero
b - segundo
c - tercero
d - cuarto
e - quinto o posterior
f - último

84. El hermano de mi mismo sexo, que me sigue (mayor) es (número de años) mayor que yo:
a - uno
b - dos
c - tres
d - cuatro
e - cinco
f - seis o más

85. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:
a - Muy mala
b - Mala
c - Regular
d - Buena
e - Muy buena

86. Pienso que mis padres preferían a alguno(s) de mis hermanos(as) más que a mí:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

87. De chico, (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:
a - Mis padres naturales
b - Con mi padre
c - Con mi madre
d - Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
e - Padres adoptivos u otros parientes o familiares
f - En un orfanato, casa hogar u otra institución

SI SUS PADRES VIVEN, PASEN A LA PREGUNTA 92.

88. Mi edad al morir mi padre era:
a - De cero a 5 años
b - De 6 a 10 años
c - De 11 a 15 años
d - De 16 a 20 años
e - De 21 a 25 años
f - 26 años o más

89. La causa de su muerte fue:
a - Edad avanzada o causas naturales
b - Enfermedad
c - Accidente
d - Agresión violenta
e - Suicidio
f - Otra

90. Mi edad al morir mi madre era:
a - De cero a 5 años
b - De 6 a 10 años
c - De 11 a 15 años
d - De 16 a 20 años
e - De 21 a 25 años
f - 26 años o más

91. La causa de su muerte fue:
a - Edad avanzada o causas naturales

b - Enfermedad
c - Accidente
d - Agresión violenta
e - Suicidio
f - Otra

92. Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:
a - De cero a 5 años
b - De 6 a 12 años
c - De 13 o más años
d - A veces sí y a veces no
e - Siempre vivió o ha vivido conmigo

93. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:
a - Separación o divorcio de mis padres
b - Muerte de alguno de mis padres
c - Por el trabajo de alguno de mis padres
d - Por la situación económica
e - Por alguna otra razón

94. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

95. Mi padre (o tutor) usaba drogas:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

96. En general, la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):
a - Muy buena
b - Buena
c - Regular
d - Mala
e - Muy mala

97. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):
a - Ninguno
b - Primaria
c - Secundaria
d - Comercio o técnico
e - Bachillerato
f - Profesional o superior

98. Cuando yo era chico (como de 5 a 14 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés en mis opiniones
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

99. Cuando yo era niño (como hasta lo 14 años de edad) mi madre (o tutora) vivía con nosotros en la misma casa:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

100. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

101. Mi madre (o tutora) usaba drogas:
a - Nunca

b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

102. En general, la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):
a - Muy buena
b - Buena
c - Regular
d - Mala
e - Muy mala

103. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):
a - Ninguno
b - Primaria
c - Secundaria
d - Comercio o técnico
e - Bachillerato
f - Profesional o superior

104. Cuando yo era chico (como de 5 a 14 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés en mis opiniones:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

105. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos

106. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenos amigos:
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos

107. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos

108. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos

109. El dolor físico producido por el castigo (de mi madre o padre) duraba:
a - Minutos
b - Horas
c - Días
d - Semanas
e - Meses

110. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

111. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros:

a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

112. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

113. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

114. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

115. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

116. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mi mismo:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

117. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mi mismo:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

118. Se me permitía escoger a mis propios amigos(as):
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

119. Se me permitía decidir cómo pasar mi tiempo libre:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

120. Mi padre (o tutor) me muestra (mostaba) su afecto o cariño:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)

e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

121. Mi madre (o tutora) me muestra (mostaba) su afecto o cariño:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

122. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

123. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

124. De chico yo me enfermaba:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

125. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

126. Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

127. Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

128. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

129. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

130. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse:
a - Nunca

b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

131. Cuando yo era chico, aparte de mis padres (naturales o adoptivos), había otro(s) adulto(s) que era(n) importantes(s) para mí:
a - Sí b - No

132. Si respondió "sí", este (o estos) adulto(s) era(n) (señale sólo el más importante):
a - un hermano mayor o hermana mayor
b - un tío o tía
c - un abuelo o abuela
d - padrastro o madrastra
e - otro pariente
f - un(a) vecino(a) o conocido(a)

133. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

134. La más importante de esas experiencias fue:
a - Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
b - Violación
c - Accidente
d - Enfermedad
e - Muerte o pérdidad de un ser querido
f - Cárcel

135. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

136. Cuando era chico, alguien abusó sexualmente de mí:
a - Una vez
b - De 2 a 3 veces
c - De 4 a 5 veces
d - Más de 5 veces
e - Nunca

137. La persona que abusó de mí fue:
a - Alguno de mis padres
b - Padrastro o madrastra
c - Pariente que vivía en la misma casa
d - Pariente lejano
e - Amigo
f - Desconocido

138. Esta persona abusó sexualmente de mí:
a - una vez
b - pocas veces
c - frecuentemente

139. En la escuela sacaba malas calificaciones:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

140. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente:
a - diariamente
b - dos veces a la semana
c - tres veces a la semana
d - una vez a la semana
e - ocasionalmente
f - realmente no practico ninguno

141. En la escuela yo hacía amistades:

a - con mucha dificultad
b - con dificultad
c - ni fácil ni difícilmente
d - con facilidad
e - con mucha facilidad

142. ¿Tuvo algún amigo(a) que fuera muy cercano(a) o íntomo(a):
a - Sí b - No

143. Actualmente, ¿tiene amigo(s) que considere cercano(s) o íntimo(s)?
A - Sí b - No

144. Actualmente:
a - Trabajo
b - Estoy desempleado
c - Soy estudiante
d - Me dedico al hogar (jubilado)

145. Mensualmente gano aproximadamente en salarios mínimos:
a - Uno o menos
b - Dos a tres
c - Cuatro a cinco
d - Seis o siete
e - Ocho o nueve
f - Diez o más

146. ¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos dos años?
a - ninguno b - uno c - dos d - tres e - cuatro o más

147. Me siento satisfecho con mi presente trabajo:
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

148. He pensado en dejar este trabajo:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

149. Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran), (cómo se llevaba con ellos):
a - Muy malas
b - Malas
c - Regulares
d - Buenas
e - Muy buenas

150. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (o eran):
a - Muy malas
b - Malas
c - Regulares
d - Buenas
e - Muy buenas

151. Cuando en el trabajo yo soy quien supervisa o da las órdenes, mis relaciones con mis subordinados son (por ejemplo qué tanto se quejan de mí):
a - Muy malas
b - Malas
c - Regulares
d - Buenas
e - Muy buenas

152. Este trabajo me produce mucho estrés , desgaste o cansancio:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

153. Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los:
a - antes de lo 10 años
b - de 11 a 14 años
c - de 15 a 17 años

d - de 18 en adelante
154. Tuve mi primera eyaculación como a los:
a - antes de lo 10 años
b - de 11 a 14 años
c - de 15 a 17 años
d - de 18 en adelante
155. La situación en la que sucedió fue:
a - Yo sólo
b - Con mi novia
c - Con un pariente
d - Con mi esposa
e - Con un extraño o desconocido
156. Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con otra persona:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca
157. Creo que mi vida sexual es:
a - Muy satisfactoria
b - Satisfactoria
c - Un poco satisfactoria
d - Un poco insatisfactoria
e - Insatisfactoria
f - Muy insatisfactoria
158. Tuvo relaciones sexuales antes del matrimonio (o de juntarse):
a - Sí b - No
159. La decisión de casarnos o vivir juntos fue:
a - Principalmente mía
b - Por embarazo
c - Por razones de dinero
d - Ambos lo decidimos por igual
e - Principalmente de mi pareja
160. He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio (o unión libre):
a - Nunca
b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
161. De cada diez encuentros sexuales, llego al orgasmo en:
a - Ninguno
b - De 1 a 2
c - De 3 a 4
d - De 5 a 6
e - De 7 a 8
f - De 9 a 10
162. Tengo (número)...Hijos(as)
a - ninguno
b - uno
c - dos
d - tres
e - cuatro
f - cinco o más
163. Hubiera preferido tener a mi(s) hijo(s) en otro momento de mi vida:
a - Sí b - No
164. Actualmente vivo:
a - Con mis padres (naturales o adoptivos)
b - Con otros parientes
c - Con amigos o desconocidos
d - Sólo
e - Con mi pareja y/o mis hijos
165. Actualmente vivo en:
a - Casa propia
b - Casa rentada
c - Departamento o condominio propio

d - Departamento rentado
e - En ningún lugar en particular (donde puedo)
f - Otro lugar
166. El número de recámaras en mi vivienda actual es:
a - una
b - dos
c - tres
d - cuatro
e - cinco
f - seis o más
167. El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:
a - una
b - dos
c - tres
d - cuatro
e - cinco
f - seis o más
168. En cuanto a mis condiciones de vida actuales pienso que:
a - Nos sobra espacio
b - Tenemos suficiente espacio para todos
c - Estamos un poco amontonados
d - Estamos amontonados
e - Estamos muy amontonados
169. Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión. origen o nacionalidad:
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca
170. Esto me ha pasado en (marque el más importante):
a - El trabajo o la escuela
b - El vecindario o barrio
c - Los lugares donde hago compras
d - Reuniones sociales
e - Hoteles y restaurantes
f - Otro lugar o situación
171. Mi religión es la:
a - Católica
b - Judía
c - Protestante
d - Islámica
e - Otra
f - Ninguna

172. Soy:
a - Nada religioso
b - Un poco religioso
c - Medianamente religioso
d - Religioso
e - Muy religioso
174. ¿Durante cuanto tiempo?
a - De cero a 5 años
b - De 6 a 10 años
c - De 11 a 15 años
d - De 16 a 20 años
e - De 21 a 25 años
f - 26 años o más

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y PACIENCIA!

APENDICE B

TABLAS DE CORRELACIONES

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA RELACIÓN DE PAREJA Y CRIANZA GRUPO ISQUÉMICO

Me atraen niños del sexo opuesto	Madre siempre vivió conmigo r=.-.3981 p=.000						
Me gusta causar dolor a mi pareja en las relaciones sexuales	Mi edad al morir mi madre r=-.2367 p=.054	Padre castigaba físicamente r=.2154 r=.055	Qué clase de experiencia negativa r=2925 p=.051				
Mi pareja me ignora y maltrata	Edad de mi hermano mayor, mismo dexo r=.2302 p=.055	Mi relación con mi padre r= .2397 p=.022	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.3237 p=.001	Confianza en mi padre r=-.2325 p=.033	Podía elegir a mis aigos r=-.3058 p=.002	Madre mostraba afecto r=-.1987 p=.050	Creo que mi vida sexual es r=-.3146 p=.002
Peleo con mi pareja	La causa de la muerte de mi padre r=-.2320 p=.036 Creo que mi vida sexual es r=-.1967 p=.053	Madre tomaba alcohol r=.2167 p=.032 Relaciones sexuales fuera del matrimonio r=.1915 r=.058	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.3463 p=.00.	Madre mostraba afecto r=-.1969 p=.053	Experiencias negativas de chico r=.2093 p=.040	Quién era otro adulto importante r=.2338 p=.041	Escuela hacia amistades fácilmente r=.-.2751 p=.007
Mi matrimonio ha sido	Madre ordenaba ofensivamen -te r=-.2201 p=.031	Quién era otro adulto importante r=-.2361 p=.040	Tuve amigo íntimo r=.1973 p=.053	Creo que mi vida sexual es r=.2582 p=.011	Relaciones sexuales fuera del matrimonio r=-.2387 p=.018		

He pensado separarme o divorciarme	Padre usaba drogas r=.2551 p=.013	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.1993 p=.048	Madre castigaba físicamente r=-.1994 p=.054	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.2031 p=.045	Permitía elegir mis amigos r=-.2062 p=.040	Permitía decidir cómo pasar mi tiempo libre r=-.2267 p=.024	
Años de casado o unión libre	De chico me crie con ambos padres r=-.3198 p=.002	Mi edad al morir mi padre r=.3541 p=.001	Nivel escolar de mi padre r=-.2273 p=.028	Madre vivió conmigo en la misma casa r=.4675 p=.000			
Decisión de casarnos	Orden de nacimiento r=..2622 p=.009	Relación con mis hermanos r=.2011 p=.049	Padre platicábamos como amigos r=.2415 p= .028	Madre platicábamos como amigos r=.2918 p=.004	Confianza en mi padre r=.2669 p=.015	Confianza en mi madre r=.2619 p=.009	Podía decidir cómo pasar mi tiempo libre r=.2607 p=.010
	Padres peleaban con violencia física r=-.2187 p=.043	Padres peleaban frente de mí r=-.2556 p=.017	Qué clase de experiencia negativa r=.3706 p=.012	Practico algún deporte r=-.2082 p=.040	Escuela hacia amistades fácilmente r=.2828 p=.005		
Mi edad al tener la primera relación sexual	Orden de nacimiento r=.2821 r=.005	Nivel escolar de mi padre r=-.2238 p=.031	Madre tomaba alcohol r=-.2011 r=.047	Experiencias negativas de chico r=-.3141 p=.002	Relaciones sexuales fuera del matrimonio r=-.3376 p=.001		
Orgasmo por cada 10 encuentros	Padre usaba drogas r=-.2534 p=.015	Nivel escolar de mi padre r=.2008 p=.051	Padre apoyaba en decisiones difíciles r=.2752 p=.012	Madre apoyaba en decisiones difíciles r=.2155 p=.034	Padres peleaban gritando r=-.2180 p=.045	Creo que mi vida sexual es r=.2394 p=.019	
Mi pareja me es atractiva sexualmente	Creo que mi vida sexual es r=.3759 p=.000	Practico algún deporte r=.2500 p=.013	Tuve amigo íntimo r=.1923 p=.057				
Me atraen adultos del sexo opuesto	Mi orden de nacimiento r=-.2468 p=.014	Mi padre tomaba alcohol r=.2068 p=.046	Madre platicábamos como amigos r=-.2170 p=.032	Padre castigaba merecidamen te r=-.2278 p=.046	Experiencias negativas de chico r=.2262 p=.026	El tipo de experiencia negativa r=-.2940 p=.050	
	Practico algún deporte r=.2231 p=.027	Relaciones sexuales antes del matrimonio r=.2364 p=.019	Relaciones sexuales fuera del matrimonio r=.5114 p=.000				

Me atraen adultos del mismo sexo	Trabajo actual r=.2333 p=.020						
Me atraen sexualmente niños de mi mismo sexo	Trabajo actual r=.3773 p=.000						
Me gusta sentir dolor en las relaciones sexuales	Padre prefería a mis hermanos r=.2063 p=.046	Trabajo actual r=.2799 p=.005					
Las peleas con mi pareja son con violencia física	Padre usaba drogas r=.3954 p=.000 Padres peleaban frante de mí r=.2323 p=.029	Padre castigaba físicamente r=.3047 p=.006	Madre castigaba físicamente r=.2460 p=.017	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.4194 p=.000	Podía elegir a mis amigos r=-.3736 p=.000	Padres peleaban gritando r=.2043 p=.058	Padres peleaban con violencia física r=.2090 p=.052
Duración del enojo	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.2661 p=.008	Quién era otro adulto importante r=.4712 p=.000	En la escuela sacaba malas calificacio-nes r=.1980 p=.054	Relaciones sexuales fuera del matrimonio r=.3817 p=.000			
Las peleas se resuelven	Padre prefería a mis hermanos r=.2063 p=.046	Podía decidir cómo pasar mi tiempo libre r=3012 p=.003	Padre mostraba afecto r=.2472 p=.023	Relaciones sexuales fuera del matrimonio r=-.2714 p=.007			
Primera eyaculación	Orden de nacimiento r=.2129 p=.036	Padre decía tonto, inútil r=-.2309 p=.036	Madre decía tonto, inútil r=-.2454 p=.016	Madre ordenaba ofensivamen-te r=-.2053 p=.046	Experiencias negativas de chico r=-.2435 p=.017	Trabajo actual r=.1966 p=.055	
Situación en la que sucedió	Madre tomaba interés en mis opiniones r=-.2897 p=.004	Padre castigaba físicamente r=.3644 p=.001	Dolor producido por el castigo físico r=.2146 p=.042	Padre castigaba merecidamen te r=-.2638 p=.020	Qué clase de experiencia negativa r=-.3581 p=.020	Trabajo actual r=.2612 p=.011	Salarios mínimos r=-.2906 p=.005
Prefiero masturbarme	Padre castigaba físicamente r=.2199 p=.052	Padre decía tonto, inútil r=.2579 p=.020	Quién era otro adulto importante r=.2323 p=.043				

Relaciones sexuales fuera del matrimonio	Quién era otro adulto importante r=.2325 p=.041	Experiencias negativas de chico r=.2858 p=.004	Qué clase de experiencia negativa r=-.3317 p=.026	Practico algún deporte r-.2082 p=.040	Escuela hacía amistades fácilmente r=.2828 p=.005		
Número de hijos	Padres preferían a mis hermanos r=.2018 r=.051	Confianza en mi padre r=-.2394 p=.029	Padre mostraba afecto r=-.2677 p=.014	Padres se mostraban cariño r=-.2490 p=.021	Relaciones sexuales fuera del matrimonio r=.2394 p=.017		
Estado civil	Padre tomaba alchol r=-.2159 p=.036	Padres se mostraban cariño r=.2365 p=.027					
Mi vida sexual es	Orden de nacimiento r=-.1959 p=.053	Edad hermano mayor, mismo sexo r=-.2869 p=.018	Padre usaba drogas r=-.3147 p=.002	Padre mostraba interés por mis opiniones r=.2263 r=.035	Padre me decía tonto, inútil r=-.5611 p=.000	Madre decía tonto, inútil r=-.2732 p=.007	Madre ordenaba ofensivamen-te r=-.2181 p=.033
	Podía elegir a mis amigos r=.3107 p=.002	Podía decidir cómo pasar mi tiempo libre r=.2973 p=.003	Padre mostraba afecto r=.2352 p=.032	Padres peleaban gritando r=-.2335 p=.031	Padres peleaban con violencia física r=-.3611 p=.001	Practico algún deporte r=.2614 p=.010	
Tuve relaciones antes de casarnos	Edad hermano mayor, mismo sexo r=-.2304 p=.057	Causa de la muerte de mi padre r=-.2330 r=.038	Padre tomaba alchol r=.19998 p=.053	Padre castigaba merecidamen te r=-.2295 p=.046	Podía decidir cómo pasar mi tiempo libre r=-.1922 p=.059	Padres peleaban frente de mí r=.2071 p=.056	r=.2973 p=.003
La posibilidad de la relación sexual, angustia	Madre platicábamos como amigos r=-.2259 p=.025	Padre apoyaba mis opiniones r=-.2732 p=.012	Creo que mi vida sexual es r=-.2422 p=.017				

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA RELACIÓN DE PAREJA Y CRIANZA GRUPO CONTROL

Me atraen niños del sexo opuesto	De chico me crie, ambos padres r=.1945 p=.055	Padre usaba drogas r=.8438 p=.000	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.2607 p=.010	Con mi madre platicaba como amigos r=-.3424 p=.001	El dolor físico duraba r=.2435 p=.000	Madre me decía tonto, inútil r=.5094 p=.000	Podía elegir a mis amigos r=-.3077 p=.002
	Madre mostraba afecto r=-.2392 p=.017	Padres peleaban con violencia física r=.2003 p=.054	Relaciones fuera del matrimoni r=.3098 p=.002	Trabajo actual r=.5559 p=.000	Tuve relaciones antes de casarnos r=.4839 p=.000		
Me gusta causar dolor a mi pareja en las relaciones sexuales	Relación con hermanos r=-.2967 p=.003	Mi edad al morir mi madre r=-.2685 p=.025	Relación con mi padre r=.2563 p=.013	Padre mostraba interés por mis opiniones r=-.3224 p=.002	Madre tomaba mucho alcohol r=.2733 p=.007	Madre usaba drogas r=.3887 p=.000	Madre castigaba físicamente r=.2855 p=.012
	Confianza en mi padre r=-.3133 p=.003	Confianza en mi madre r=-.2533 p=.015	Podía elegir a mis amigos r=-.2682 p=.008	Padre mostraba afecto r=-.2673 p=.010	Padre apoyaba en situaciones difíciles r=-.2895 p=.006	Experiencias negativas de chico r=.3300 p=.001	Relaciones fuera del matrimoni r=.2332 p=.023
Mi pareja me ignora y maltrata	Mis padres preferían a mis hermanos r= .2471 p=.015	Mi edad al morir mi madre r=-.3901 p=.017	Padre usaba drogas r=.2590 p=.014	De chico madre vivió en la misma casa r=-.2352 p=.022	Madre mostraba interés en mis opiniones r=-.3158 p=.002	Madre platicaba como amigo r=-.3520 p=.000	Madre decía tonto, unútil r=.2011 p=.051
	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.2373 p=.019	Podía elegir a mis aigos r=-.2096 p=.039	Madre mostraba afecto r=-.2704 p=.007	Madre apoyaba en situaciones difíciles r=-.2364 p=.020	Padres se mostraban cariño r=-.2404 p=.021	Padres peleaban con violencia física r=.2012 p=.055	Qué clase de experiencia negativa r=-.2810 p=.042
	Practico un deporte r=.1990 p=.049	Creo que mi vida sexual es r=-.3541 p=.000	Relaciones fuera del matrimonio r=.2475 p=.016				
Peleo con mi pareja	Mis padres preferían a mis hermanos r=.2270 p=.025	Mi edad al morir mi madre r=-.3931 p=.016	Padre usaba drogas r=.3268 p=.058	De chico madre vivía en la misma casa r=-.2163 p=.035	Madre mostraba interés en mis opiniones r=-.3283 p=.001	Padre castigaba físicamente r=.2545 p=.032	Dolor físico duraba r=.3132 p=.005

Peleo con mi pareja	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.2273 p=.025	Confianza en mi padre r=-.2247 p=.034	Confianza en mi madre r=-.2246 p=.032	Madre mostraba afecto r=-.1978 p=.051	Padres se mostraban cariño r=-.2535 p=.015	Padres peleaban gritando r=.2028 p=.052	Padres peleaban frente de mí r=.2112 p=.044
Mi matrimonio ha sido	Lugar orden de nacimiento r=.1903 p=.058	Escuela sacaba malas calificacio-nes r=.2116 p=.037	Salarios mínimos r=-.3382 p=.001	Mi vida sexual es r=.2371 p=.004			
He pensado separarme o divorciarme	Lugar orden de nacimiento r=-.2280 p=.023	Relación con hermanos r=-.2759 p=.005	De chico me crie r=.2819 p=.005	Mi edad al morir mi madre r=-.3137 p=.059	Padre usaba drogas r=.3175 p=.002	Relación con mi padre r=.1985 p=.055	Mi madre usaba drogas r=.2129 p=.037
	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.3174 p=.001	Con mi madre platicaba como amigos r=-.2706 p=.007	Madre castigaba físicamente r=.2190 p=.056	Madre decía tonto, inútil r=.3145 p=.002	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.338 p=.001	Confianza en mi padre r=-.2541 p=.016	Confianza en mi madre r=-.2204 p=.035
	Madre mostraba afecto r=-.2980 p=.003	Madre apoyaba en situaciones difíciles r=-.2531 p=.012	Padres se mostraban cariño r=-.2303 p=.026	Padres peleaban con violencia física r=.2210 p=.033	Experiencias negativas de chico r=.1941 p=.056	Mi vida sexual es r=.2330 p=.022	Relaciones fuera del matrimonio r=.1940 p=.058
Decisión de casarnos	Hermano mayor mismo sexo r=.3241 p=.010	Mis padres preferían a mis hermanos r=-.2152 p=.033	Padre decía tonto, inútil r=-.2138 p= .041 .	Facilidad para hacer amistades r=.3047 p=.002			
Orgasmo por cada 10 encuentros	Mi edad al morir mi madre r=.3357 p=.052	Nivel escolar de mi padre r=.2118 p=.049	Con mi padre platicaba como amigos r=-.2989 p=.006	Podía elegir a mis amigos r=.4375 p=.000	Facilidad para hacer amistades r=-.2099 p=.048	Trabajo actual r=-.2413 p=.023	Relaciones antes del matrimonio r=-.2827 p=.008
Mi pareja me es atractiva sexualmente	Causa por la que no viví con padres r=-.4198 p=.003	Padre castigaba merecidamen te r=.2658 p=.013	Podía elegir a mis amigos r=.3568 p=.000	Mi vida sexual es r=.2512 p=.014	Tuve amigo íntimo r=.2627 p=.013	Tengo amigo íntimo r=.2371 p=.022	Trabajo actual r=-.2285 p=.025
Me atraen adultos del sexo opuesto	Nivel escolar de mi padre r=.1923 p=.058	Experiencias negativas de chico r=.2358 p=.019	El tipo de experiencia negativa r=-.2767 p=.045	Relaciones fuera del matrimonio r=.2296 p=.024			
Me atraen adultos del mismo sexo	Podía elegir a mis amigos r=-.2095 p=.041	Facilidad para hacer amistades r=.2398 p=.017					

Me gusta sentir dolor en las relaciones sexuales	Padre usaba drogas r=.8981 p=.000 Facilidad para hacer amistades r=-.2032 p=.044	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.2880 p=.004 Trabajo actual r=.5559 p=.000	Con mi madre platicaba como amigos r=-.2737 p=.007 Tuve relaciones antes de casarnos r=.5157 p=.000	Dolor físico duraba r=.3475 p=.002 Relaciones fuera del matrimonio r=.3454 p=.001	Madre decía tonto inútil r=.3127 p=.002	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.2615 p=.010	Podía elegir a mis amigos r=-.3904 p=.000
Las peleas con mi pareja son con violencia física	Padre tomaba mucho alchol r=.2691 p=.011 Mi vida sexual es r=-.3020 p=.003	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.2562 p=.011	Con mi madre platicaba como amigos r=-.1924 p=.059	Padre decía tonto, inútil r=.2069 p=.048	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.2256 p=.026	Confianza en mi padre r=-.2263 p=.033	Confianza en mi madre r=-.2426 p=.020
Duración del enojo	Padre usaba drogas r=.2464 p=.019 Madre apoyaba en situaciones difíciles r=-.1991 p=.049	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.2611 p=.009 Relación con hermanos r=-.1975 p=.049	Con mi madre platicaba como amigos r=-.2954 p=.003 Padres peleaban gritando r=.2126 p=.042	Madre decía tonto, inútil r=.3156 p=.002 Padres peleaban frante de mí r=.2174 p=.037	Madre ordenaba ofensivamen-te r=.3635 p=.000 Padres amenazaban con separarse r=.2161 p=.039	Podía elegir a mis amigos r=-.2386 p=.018 Experiencias negativas de chico r=.2020 p=.046	Madre mostraba afecto r=-.2937 p=.003
Las peleas se resuelven	Padre usaba drogas r=.2235 p=.034	Padre mostraba interés por mis opiniones r=.2250 p=.032	Salarios mínimos r=-.3015 p=.003	Mi vida sexual es r=.2928 p=.004			
Primera eyaculación	Causa por la que no viví con mis padres r=-.3901 p=.006	Padre usaba drogas r=-.2099 p=.051					
Prefiero masturbarme	Padre usaba drogas r=.3876 p=.000	Podía elegir a mis amigos r=-.2341 p=.024	Salarios mínimos r=-.2689 p=.012	Trabajo actual r=.3331 p=.001			
Relaciones sexuales antes del matrimonio	Padre usaba drogas r=.5777 p=.000	Dolor físico duraba r=.2497 p=.027	Madre decía tonto, inútil r=.2565 p=.013	Relaciones fuera del matrimonio r=.2968 p=.004			

Relaciones sexuales fuera del matrimonio	Padre usaba drogas r=.3605 p=.001 Mis padres se mostraban cariño r=-.2591 p=.014	Madre usaba drogas r=.2706 p=.009 Padres peleaban gritando r=.2650 p=.012	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.3587 p=.000 Relaciones sexuales antes del matrimonio r=.2968 p=.008	Podía elegir a mis amigos r=-.2432 p=.018	Decidía cómo pasar tiempo libre r=-.2700 p=.008	Madre mostraba afecto r=-.2485 p=.015	Madre apoyaba en situaciones difíciles r=-.2109 p=.040
Número de hijos	Padre mostrba interés por mis opiniones r=-.2860 p=.006	Padre castigaba merecidamente r=-.2229 p=.037	Padre apoyaba en situaciones difíciles r=-.2010 p=.059	Qué clase de experiencia negativa r=2972 p=.031	Tengo amigo íntimo r=-.2459 p=.016		
Estado civil	Madre mostraba interés por mis opiniones r=-.2334 p=.021						
Mi vida sexual es	Madre mostraba interés por mis opiniones r=.3548 p=.000	Decidía pasar mi tiempo libre r=.2206 p=.031	Trabajo actual r=-.2775 p=.006				
Tuve relaciones antes de casarnos	Podía elegir a mis amigos r=-.2325 p=.023	Padres peleaban con violencia física r=.2700 p=.010	Trabajo actual r=.4230 p=.000				
La posibilidad de la relación sexual, angustia	En la escuela sacaba malas calificaciones r=.2284 p=.025	Tuve amigo íntimo r=-.3071 p=.003	Creo que mi vida sexual es r=-.2343 p=.022	La decisión de casarnos r=-.2624 p=.009	Relaciones fuera del matrimonio r=.2333 p=.023		

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA RELACIÓN DE PAREJA Y QUEJAS SOMÁTICAS EN EL GRUPO ISQUÉMICO

Me atraen niños del sexo opuesto	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=.2164 p=.032						
Me atraen niños de mi mismo sexo	Tartamudeo al hablar r=.3879 p=.000 Siento debilidad en los músculos r=.2454 p=.014	Fumo tabaco r=.3565 p=.001 Siento dolor [illegible]	Fumo marihuana r=.5500 p=.000	Inhalo thinner r=.5679 p=.000	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.3457 p=.000	Me dan dolores en el abdomen r=.3233 p=.001	Me da diarrea r=.2970 p=.003
Mi pareja me ignora y maltrata	Tics nerviosos r=.2183 p=.029 Siento como que me falta el aire r=.1961 p=.050	Tartamudeo al hablar r=.2932 p=.003 Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=.1942 p=.053	Fumar tabaco r=.3044 p=.003	Me distraigo fácilmente r=.3009 p=.002	Tengo dificultad para dormir r=.1961 p=.051	Me siento triste sin razón r=.1911 p=.057	Me dan dolores de cabeza r=.2356 p=.018
Peleo con mi pareja	Soy un triunfador r=-.2328 p=.020	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.2287 p=.024					
Mi matrimonio ha sido	Me distraigo fácilmente r=-.2120 p=.036	Tengo dificultad para dormir r=.2551 p=.011	Siento como que me falta el aire r=-.2391 p=.018	Siento debilidad en los músculos r=-.2114 p=.037			
Decisión de casarnos	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=-.1979 p=.051						

Orgasmo por cada 10 encuentros	Me siento triste sin razón r=.1936 p=.056	Me dan dolores en la cabeza r=-.2012 p=.047	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=-.3173 p=.002				
Mi pareja me es atractiva sexualmente	Tengo dificultad para dormir r=-.2438 p=.015	Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=.1923 p=.055					
Me atraen adultos del sexo opuesto	Alcoholismo r=.2023 p=.045	Consumo cocaína r=-.2264 p=.024	Inhalo thinner r=-.2511 p=.012	Me distraigo fácilmente r=.1921 p=.057	Me preocupo al hablar ante gente desconocida r=-.2076 p=.039		
Me atraen adultos del mismo sexo	Me siento triste sin razón r=.2287 p=.022	Me dan dolores en el abdomen r=.4300 p=.000	Me da diarrea r=.2233 p=.026	Me dan dolores de cabeza r=.2172 p=.030	Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=.4220 p=.000		
Me gusta sentir dolor en las relaciones sexuales	Tartamudeo al hablar r=.2386 p=.018 Siento debilidad en los músculos r=.2464 p=.014	Fumar tabaco r=.2247 p=.001 Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=.4134 p=.000	Fumar marihuana r=.4471 p=.000	Inhalar thinner r=.3781 p=.000	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2608 p=.009	Me dan dolores en el abdomen r=.3534 p=.000	Me da diarrea r=.3398 p=.001
Las peleas con mi pareja son con violencia física	Tics nerviosos r=.2315 p=.020	Me distraigo fácilmente r=.3098 p=.002	Me dan dolores en el abdomen r=.2098 p=.036	Me da diarrea r=.2236 p=.025	Me dan dolores en las manos y en los pies r=.2079 p=.038	Me dan dolores de cabeza r=.3225 p=.001	Siento palpitaciones r=.1951 p=.052
Duración del enojo	Me distraigo fácilmente r=.3247 p=.002	Tengo dificultad para dormir r=.2874 p=.004	Siento que no valgo mucho r=.2262				
Las peleas se resuelven	Tomo anfetaminas o estimulantes r=-.2449 p=.015	Me distraigo fácilmente r=-.1975 p=.050	Tengo dificultad para dormir r=-.3289 p=.001	Siento que no valgo mucho r-.2290 p=.023	Soy un triunfador r=.2782 p=.005	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=-.2482 p=.024	Siento como que me falta el aire r=-.3020 p=.002
Primera eyaculación	Siento como que me falta el aire r=-.2351 p=.020						

Situación en la que sucedió	Me distraigo fácilmente r=.2974 p=.003	Me siento triste sin razón r=.3205 p=.001	Soy un triunfador r=-.1957 p=.056	Me preocupo al hablar ante gente desconocida r=.2316 p=.023	Me dan dolores en la espalda r=.3385 p=.001	Siento palpitaciones r=.1937 p=.059
Prefiero masturbarme	Tengo dificultad para dormir r=-.2097 p=.038	Me dan dolores en la cabeza r=.2714 p=.007	Siento como que me falta el aire r=.2684 p=.008			
Relaciones sexuales fuera del matrimonio	Alcoholismo r=.2258 p=.024	Tengo dificultad para dormir r=.2742 p=.006	Soy un triunfador r=-.2814 p=.005	Me siento con gases en la barriga r=.1947 p=.052	Siento debilidad en los músculos r=.2231 p=.026	
Número de hijos	Alcoholismo r=-.2089 p=.038	Me distraigo fácilmente r=.2429 p=.015	Me preocupo al hablar ante gente desconocida r=.2818 p=.005	Siento debilidad en los músculos r=.2395 p=.017		
Estado civil	Me siento triste sin razón r=-.2063 p=.039	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=-.2075 p=.039				
Creo que mi vida sexual es	Tics nerviosos r=-.2481 p=.014	Me dan dolores en la cabeza r=-.3264 p=.001	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=-.3545 p=.000			
Tuve relaciones antes de casarnos	Me da diarrea r=.2204 p=.029	Me siento con gases en la barriga r=2168 p=.032				
La posibilidad de la relación sexual, angustia	Me distraigo fácilmente r=.2217 p=.027 Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.4026 p=.000	Me siento triste sin razón r=.2417 =.016	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.2112 p=.036	Me dan dolores en el abdomen r=.4189 p=.000	Me siento con gases en la barriga r=.2101 p=.037	Me dan dolores en la espalda r=.2369 p=.018	Me dan dolores de cabeza r=.2509 p=.012

CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA RELACIÓN DE PAREJA Y QUEJAS SOMÁTICAS EN EL GRUPO CONTROL

Me atraen niños del sexo opuesto	Tics nerviosos r=.2098 p=.038	Alcoholismo r=.2794 p=.005	Tomo pastillas para dormir r=.5659 p=.000	Me distraigo fácilmente r=.2126 p=.034	Tengo dificultad para dormir r=.2021 p=.045	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2028 p=.043	Soy un triunfador r=-.2064 p=.040
	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.2615 p=.009	Me siento con gases en la barriga r=.2194 p=.028	Siento dolores cuando tengo relaciones sexuales r=.2682 p=.008	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.3400 p=.001			
Me gusta causar dolor a mi pareja en las relaciones sexuales	Alcoholismo r=.2415 p=.017	Fumo marihuana r=.3739 p=.000	Tomo pastillas para dormir r=.2159 p=.034	Tengo dificultad para dormir r=.2064 p=.041	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.3262 p=.001	Siento que no valgo mucho r=.2146 p=.033	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.2045 p=.042
	Me dan dolores de cabeza r=.24665 p=.014	Siento palpitaciones r=.3084 p=.002	Me dan dolores en el pecho r=.2797 p=.005	Siento debilidad en los músculos r=.3974 p=.000			
Mi pareja me ignora y maltrata	Me distraigo fácilmente r=.4740 p=.000	Tengo dificultad para dormir r=.2543 p=.012	Me siento triste sin razón r=.2582 p=.010	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2824 p=.005	Siento que no valgo mucho r=.2944 p=.003	Soy un triunfador r=-.2144 p=.034	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=.2005 p=.050
	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.2077 p=.039	Me preocupo al hablar ante gente desconocida r=.2801 p=.005	Me dan dolores en el abdomen r=.3742 p=.000	Me da diarrea r=.2923 p=.003	Me siento con gases en la barriga r=.3423 p=.001	Me dan dolores en las manos y pies r=.3219 p=.001	Me dan dolores en la espalda r=.2262 p=.025
	Me dan dolores de cabeza r=.2518 p=.012	Siento palpitaciones r=.2059 p=.041	Me dan dolores en el pecho r=.2368 p=.018	Siento debilidad en los músculos r=.2359 p=.019	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.3836 p=.000		

Peleo con mi pareja	Consumo cocaína r=.2232 p=.028	Tomo pastillas para dormir r=.2006 p=.049	Me distraigo fácilmente r=.2916 p=.003	Tengo dificultad para dormir r=.3001 p=.003	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.3122 p=.002	Siento que no valgo mucho r=.2367 p=.018	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.2918 p=.003
	Me dan dolores en el a bdomen r=.3179 p=.001	Me dan dolores en las manos y en los pies r=.2019 p=.046	Me dan dolores de cabeza r=.3340 p=.001	Me dan dolores en el pecho r=.2448 p=.015	Siento debilidad en los músculos r=.2021 p=.045	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.3221 p=.001	
Mi matrimonio ha sido	Me siento triste sin razón r=-.1999 p=.047	Quisiera quedarme acostado todo el día r=-.2393 p=.016					
He pensado separarme o divorciarme	Tics nerviosos r=.3015 p=.003	Alcoholismo r=.3577 p=.000	Tomo pastillas para dormir r=.2095 p=.038	Me distraigo fácilmente r=.3559 p=.000	Tengo dificultad para dormir r=.2709 p=.007	Me siento triste sin razón r=.2577 p=.010	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.3378 p=.001
	Siento que no valgo mucho r=.2023 p=.044	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=.2032 p=.046	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.3289 p=.001	Me preocupo al hablar ante gente desconocida r=.2007 p=.045	Me da diarrea r=.2321 p=.021	Me siento con gases en la barriga r=.3359 p=.001	Me dan dolores en las manos y en los pies r=.3698 p=.000
	Me dan dolores en la espalda r=.2579 p=.010	Me dan dolores de cabeza r=.3114 p=.002	Siento como que me falta el aire r=.2296 p=.022	Me dan dolores en el pecho r=.2403 p=.016	Siento debilidad en los músculos r=.2404 p=.016	Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=.3087 p=.002	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.3474 p=.000
Mi edad al tener la primera relación sexual	Fumo marihuana r=-.2714 p=.007						
Decisión de casarnos	Tomo anfetaminas o estimulantes r=-.1981 p=.051	Fumo marihuana r=-.2206 p=.030	Siento palpitaciones r=.2117 p=.035				
Orgasmo por cada 10 encuentros	Tics nerviosos r=-.2327 p=.030	Me da diarrea r=-.2322 p=.029					

Mi pareja me es atractiva sexualmente	Soy un triunfador r=.3444 p=.001	Me dan dolores en las manos y pies r=-.2077 p=.042					
Me atraen adultos del sexo opuesto	Fumo marihuana r=.2176 p=.031	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2893 p=.004	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.1917 p=.056				
Me atraen adultos del mismo sexo	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=.2285 p=.026						
Me gusta sentir dolor en las relaciones sexuales	Tomo pastillas para dormir [illegible]	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2810 p=.005	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.2159 p=.033				
Las peleas con mi pareja son con violencia física	Tomo anfetaminas o estimulantes r=.2164 p=.031	Me distraigo fácilmente r=.2004 p=.046	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2396 p=.016	Me dan dolores en el a bdomen r=.2496 p=.013			
Duración del enojo	Tics nerviosos r=.1991 p=.049	Tartamudeo al hablar r=.2034 p=.045	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2615 p=.009	Me dan dolores de cabeza r=.2171 p=.030	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.2211 p=.028		
Las peleas se resuelven	Tomo pastillas para dormir r=.2067 p=.041	Me distraigo fácilmente r=-.2405 p=.016	Me siento triste sin razón r=-.4117 p=.000	Quisiera quedarme acostado todo el día r=-.2013 p=.045	Siento que no valgo mucho r=-.2651 p=.008	Soy un triunfador r=.2183 p=.030	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=-.2364 p=.018
	Me dan dolores en el abdomen r=-.2049 p=.042	Me siento con gases en la barriga r=-.2415 p=.015	Me dan dolores en las manos y en los pies r=-.2673 p=.007	Me dan dolores de cabeza r=-.2081 p=.038	Siento debilidad en los músculos r=-.2506 p=.012	Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=-.3296 p=.001	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=-.2304 p=.022
Primera eyaculación	Tics nerviosos r=-.3141 p=.002	Alcoholismo r=-.2689 p=.008	Tomo pastillas para dormir r=-.2546 r=.013				

Situación en la que sucedió	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=-.2164 p=.039						
Prefiero masturbarme	Tomo pastillas para dormir r=.2680 p=.010						
Relaciones sexuales antes del matrimonio	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.2254 p=.028						
Relaciones sexuales fuera del matrimonio	Tics nerviosos r=.2249 p=.029	Alcoholismo r=.2116 p=.040	Tomo pastillas para dormir r=.3001 p=.003				
Número de hijos	Tartamudeo al hablar r=.1947 p=.056	Siento como que me falta el aire r=.2522 p=.012	Siento palpitaciones r=.3195 p=.001	Siento debilidad en los músculos r=.2515 p=.012			
Estado civil	Tics nerviosos r=.3029 p=.002	Me siento triste sin razón r=.2130 p=.034	Quisiera quedarme acostado todo el día r=.2998 p=.002	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=.1992 p=.050	Me dan dolores en el abdomen r=.2752 p=.006	Me siento con gases en la barriga r=.3331 p=.001	Me dan dolores en las manos y en los pies r=.2454 p=.014
Creo que mi vida sexual es	Tics nerviosos r=-.2257 p=.028	Me distraigo fácilmente r=-.2531 p=.012	Sin esperanzas para resolver mis problemas r=-.2619 p=.011	Me dan dolores en las manos y en los pies r=-.2276 p=.026	Me dan dolores en la espalda r=-.2359 p=.021	Siento palpitaciones r=-.2045 p=.045	
Tuve relaciones antes de casarnos	Tics nerviosos r=.2458 p=.017	Tomo anfetaminas o estimulantes r=-.2086 p=.042	Tomo pastillas para dormir r=.3430 p=.001	Tengo dificultad para dormir r=.2031 p=.048			
La posibilidad de la relación sexual, angustia	Me distraigo fácilmente r=.2812 p=.005	Me siento triste sin razón r=.3425 p=.001	Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo r=.3556 p=.000	Me preocupo al hablar ante gente desconocida r=.3776 p=.000	Me da diarrea r=.2045 p=.043	Me siento con gases en la barriga r=.2330 p=.020	Me dan dolores en las manos y pies r=.3877 p=.000

La posibi.lidad de la relación sexual angustia	Me dan dolores en la espalda r=.1923 p=0.58	Siento debilidad en los músculos r=.3107 p=.002	Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales r=.2875 p=.004	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente r=.3109 p=.002

REFERENCIAS

- ACKERMAN, NATHAN (1994) Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Lumen-Hormé; Buenos Aires, Argentina; 10ª Edición.
- ATKINSON, J. Y HUSTON, T. (1984) *Sex role orientation and division of labor early in marriage.* Journal of Personality and Social Psychology; Vol. 46; No. 2; 330-345 p.p.
- BELTRÁN, P.R. (1983). *Infarto Agudo del Miocardio en Adultos Jóvenes.* Tesis de Especialidad en Cardiología Inédita; México; UNAM.
- BENGTSSON, C. (1973) *Ischaemic heart disease in women.* Acta Médica Scandinavica; 549 (Suppl.); 1-128 p.p.
- BENTLER, P. Y NEWCOMB, M.(1978) *Longitudinal study of marital success and failure.*Journal Consult. Clin. Psychol.; Vol. 39; 401-434 p.p.
- BOCHNER, A., KRUEGER, D. Y CHMIELEUSKI, Y. (1982) *Interpersonal perceptions and marital adjustment.* Journal of Communication; Verano; Vol. 32; No. 3; 135-147 p.p.
- BOCK, PHILIP (1985) Introducción a la Moderna Antropología Cultural. Ed. Fondo de Cultura Económica; Sección de Obras de Antropología; México.
- BONILLA MUÑOZ, MARTHA PATRICIA (1993) La infidelidad en la Pareja: Conceptualización e Implicación en Hombres y Mujeres Mexicanos. Tesis Doctoral en Psicología Social; UNAM, Facultad de Psicología; México.
- BRAUNWALD, Eugene (1990). Tratado de Cardiología. Ed. Interamericana; México; Tercera edición.
- BUSS, D. (1984) *Marital assortment for personality dispositions: assessment with tree diferent data sources.*Behavior Genetic; Vol. 14; 111-123 p.p.
- CANSINO, Carmen (1986). Percepción Interpersonal en Parejas. Tesis de Maestría en Psicología Clínica; UNAM, Facultad de Psicología; México.

- CASAMADRID-PEREZ Ma. Elena (1989). Infarto del Miocardio: Opción o Designio. Tesis Doctoral en Psicología Clínica; UNAM, Facultad de Psicología; México.
- CASAS SOBERÓN, MA. ELENA & GUDIÑO MENDEZ, SANDRA MAVY (1985) La infidelidad en los matrimonios mexicanos y su relación con la soledad y la satisfacción marital y sexual. Tesis de Licenciatura en Psicología; UIA; México.
- CAY, E ; VETTER, N; PHILIP, A, et.al. (1972) *Psychological status during recovery from an acute heart attack.* J. Psychosom Res; No. 16; 422-435 p.p.
- CAY, E ; VETTER, N; PHILIP, A, et.al. (1973) *Practical aspects of cardiac rehabilitation: Psychosocial factors.*Giorn It Card No. 3; 646-655 p.p.
- COSTA, L.A. (1981) *The effects of a marriage encounter program on marital communication, dyadic adjustment, and the quality of the interpersonal relationship.* PhD thesis, Univ. Colo., Boulder
- DÍAZ VELÁZQUEZ, SANTA ELVIA (1983) Alteraciones en la personalidad durante el periodo post-operatorio en personas sometidas a cirugía de corazón bajo circulación extracorpórea. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica; UNAM, Facultad de Psicología; México.
- DICKS, HENRY (1970) Tensiones Matrimoniales. Ed. Paidós; Buenos Aires, Argentina.
- DIEDERIKS, J.P.M., BAR, F.W., HOPPENER, P. APPELS, A. WELLENS, H.J.J. (1991) *Predictors of return to former leisure and social activities in MI patients.* J. Psychosom. Res.; Vol. 35; 687-696 p.p.
- FELDMAN, ROBERT (1995) Psicología con aplicaciones para Iberoamérica. Ed. McGraw Hill; México.
- FERRÁN ARANAZ, MAGDALENA (1996). SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Ed. Mac. Grall Hill; México.
- FRAGOSO ORTIZ, MA. ELENA (1995) Depresión y Clima Social Familiar en Esposas de Alcohólicos y No Alcohólicos. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica; UNAM, Facultad de Psicología; México.
- FREUD, SIGMUND (1893) *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome de calidad de "neurosis de angustia".* Sigmund Freud. Obras completas; Vol. III. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899); Ed. Amorrortu; Cuarta reimpresión en castellano, 1994; Argentina.

- FREUD, SIGMUND (1905) *La sexualidad infantil (II).* Sigmund Freud. Obras completas; Vol. VII. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905). Ed. Amorrortu; Cuarta reimpresión en castellano, 1994; Argentina.
- FREUD, SIGMUND (1913) *Tótem y tabú.Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos.* Sigmund Freud. Obras completas; Vol. XIII. Tótem y tabú y otras obras (1913-1914); Ed. Amorrortu; Cuarta reimpresión en castellano, 1994; Argentina.
- FREUD, SIGMUND (1919) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica.* Sigmund Freud. Obras completas; Vol. XVII. De la historia de una neurosis infantil y otras obras (1917-1919); Ed. Amorrortu; Cuarta reimpresión en castellano, 1994; Argentina.
- FRIEDMAN, M. Y ROSENMAN,R.H. (1976). Conducta Tipo A y su corazón. Ed. Grijalbo; España.
- FRITZPATRICK, M. (1982) *The instrumental and expressive domains of marital comunication.* Human Communication Reseach; Primavera; Vol. 8; No. 3; 195-213 p.p.
- GACETA MÉDICA DE MÉXICO (1993) *Avances en el Tratamiento del Infarto Agudo del Miocardio.*; Sección: Información Clínico Terapéutica; Vol. 129; Suplemento 1
- GARRITY, T (1973) *Vocational adjustment after the first myocardial infarction: comparative assessment of several variables suggested in the literature.* Soc.Sci. Med.; Vol. 7; 705-707 p.p.
- GARRITY, T y KLEIN, R. (1975). *Emotional response and clínical severity as early determinants of six-month after myocardial infarction.*Heart Lung; No. 4; 730-737 p.p.
- GIUSTI, EDUARDO (1988) El arte de Separarse. Ed. Alhambra, S.A.; México
- GLORIA, Federico; MEANEY, Eduardo; RIVERA, Juan Miguel; ROBLES, Antonio y VELA, Agustín. (1996) *Complejo Hostil e Infarto del Miocardio.* Arch. Instituto Nacional de Cardiología de México; Vol. 66; 138-142 p.p.
- GOVE, W. (1972) *Relationships betweensex roles, marital status and mental illness.* Social Forces; No. 51
- GUERRERO-GONZALEZ, J.H. (1985). Infarto Agudo del Miocardio en Adultos Jóvenes. Tesis Especialidad en Cardiología Inédita; UNAM; México.
- GUADALAJARA, José Fernando (1985). Cardiología. Ed. Fco. Méndez; México; Tercera edición.

- HACKETT, T y CASSEM, N. (1973) *Psychological adaptation to convalescence in myocardial infarction patients, in Naughton J. Hellerstein H.*Exercise Testing and Exercise Training in Coronary Heart Disease. Nex York Academíc Press, Inc.; 253-262 p.p.
- HAWKINS, J., WEISBERG, C. Y RAY, D. (1980) *Spouse difference in comunication style preference, perception, behavior.* Journal of marriage and the family; (Agost) 585-593 p.p.
- HERNANDEZ-GUZMAN, Laura y SANCHEZ-SOSA, Juan José (1991). *Prevención Primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo.* Revista Mexicana de Psicología. Vol. 8 No. 2; 83-90 p.p.
- HERNANDEZ-GUZMAN, Laura y SANCHEZ-SOSA, Juan José (199). *Factores de riesgo asociados con la disfunción psicológica en el niño y el adolescente.*Revista Psicología Contemporánea; Año 4; Vol. 4; No.1; 24-37 p.p.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (1997) Estadísticas de Matrimonio y Divorcio 1994-1995. INEGI; México.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (1997) Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. INEGI; Cuaderno No. 13; México.
- IRRIZARRY PAOLI, Isabel (1993) Dirección en que expresan la agresión hombres mexicanos de 35 a 45 años. Tesis Doctoral en Psicología Clínica; UNAM; Facultad de Psicología, México.
- JOHNSON, S. M. Y GREENBERG, L. S. (1985) *Differential effects of experimental and problem-solving interventions in resolving marital conflict.* J. Consult. Clin. Psychol.; No. 53; 175-184 p.p.
- JORDAN, PETER (1988) *The Effeects of Marital Separation on Men.* Journal of Divorce; Vol. 12; No. 1; 57-82 p.p.
- JOURARD, SIDNEY Y LANDSMAN, TED (1987) La Personalidad Saludable. El punto de vista de la Psicología humanística. Ed. Trillas; México.
- KAPLAN, Harold et all. (1989). Tratado de Psiquiatría. Ed. Salvat; Barcelona, España; Tomo II; Segunda edición.
- KERNBERG, O. (1979) La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. Ed. Paidós; Buenos Aires, Argentina.
- KOLB, Lawrence (1983). Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A.; México, Tercera edición.

- KRESSEL, K. (1980) *Patterns of coping in divorce and some implications for clinical practice.* Family Relations; No. 29; 234-240 p.p.
- KRISTAL-BONEH, ESTELA; MELAMED, SAMUEL; HARARI, GIL & GREEN, MANFRED (1995) *Acute and Chronic Effects of Noise Exposure on Blood Pressure and Heart Rate among Industrial Employees: The Cordis Study.* Archives of Environmental Health; July/August; Vol. 50; No. 4
- KULLER, L.; PERPER, J. Y COOPER, M. (1975) *Demographic characteristic and tends in arteriosclerotic heart disease mortality: Sudden death and myocardial infarction.* Circulation No. 52 (suppl III); 1-15 p.p.
- LAPLANCHE, JEAN & PONTALIS, JEAN-BERTRAND (1994) Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor; Barcelona; España
- LEVENSON, R. W. Y GOTTMAN, J. M. (1985) *Physiological and affective predictors of change in relationship satisfaction.* J. Pers. Soc. Psychol.; No. 49; 85-94 p.p.
- LEVENTHAL, H. MEYER, D.; NERENZ, D. (1980) *The common-sense representation of illness danger.*En: Rachman, S.; Ed. Medical psychology 2; New York; Guilford Press; 7-30 p.p.
- MAHLER, M. (1975) El nacimiento psicológico del infante humano. Ed. Marymar; México.
- MARKMAN, H., FLOYD, F., STANLEY, S., STORASSI, R. (1988) *Prevention of marital distress: a longitudinal investigation.* J. Consult. Clin. Psychol.; No. 56; 210-217 p.p.
- MAZIADE, M., CARON, C., COTE, R. Y MERETTE, C. (1990) *Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age seven.*American Journal of Psychiatry; Vol. 147; No. 11; 1531-1536 p.p.
- McCRADY, B. S., NOEL, N. E., ABRAHAMS, D.B., STOUT, R. L., NELSON, H.F., HAY, W. M. (1986) *Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in out-patient behavioral alcoholism treatment.* J. Stud. Alcohol.; No. 47; 459-467 p.p.
- MITCHELL, C. (1982) *Recognizing and accommodating different comunication styles in marriage.* Family Therapy; Vol. 9; No. 3; 227-230 p.p.
- MORSE, R. (1970) *Postoperative delirium: a syndrome of multiple causation.* Psychosomatic; Vol.11
- MOSS, A.; DeCAMILLA, J. DAVIS, H. ; et al (1976) *The early post-hospital phase of myocardial infarction: prognostic stratification.* Circulation No. 54; 58-64 p.p.

- NASON, ALVIN (1979) Biología. Ed. Limusa; México.
- O'LEARY, K (1983) *Assessment of positive feelings toward spouse.* Journal Consult. Clin. Psychol. No. 51; 949-951 p.p.
- O'LEARY, K. Y SMITH, D. (1991) *Marital Interactions.* Annual Reviews Psychology; No. 42; 191-212 p.p.
- OLIVIER, CHRISTIANE (1984) Los hijos de Yocasta. La huella de la madre. Ed. Fondo de Cultura Económica; México.
- PETER, T; LUXTON, M.; HARPER, R.; et al. (1974) *Factors affecting mortality in women with acute myocardial infarction: A review of a four-year coronary care experience.* Royal Australasian Coll Psysicians; Vol. 4; 211-212 p.p.
- PETRIE, K. J.; WEINMAN, J. SHARPE, N. Y BUCKLEY,J. (1996) *Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study.* B. M. J.; vol. 312; 1191-1194 p.p.
- RAMÍREZ, PRADO BENITO (1997). Apoyo en Método y Estadística. Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología; México.
- REIDL, MARTÍNEZ L. M. (1985). Diferencias culturales y sexuales en la pareja: Celos y Envidia. México-URSS. Tesis de Maestría en Psicología Social; UNAM; Facultad de Psicología; México.
- SALAMA, HÉCTOR Y VILLARREAL, ROSARIO (1988) El enfoque Guestalt. Una Psicoterapia Humanista. Ed. El Manual Moderno; México, D.F.
- SALAZAR, E.; FERNÁNDEZ DE LA REGUERA, G.; ROMERO,L. Y DE LA RE, R. (1980). *Historia Natural del paciente con infarto agudo del Miocardio.* Arch. Instituto Nacional de Cardiología de México; Vol. 50; 237-244 p.p.
- SÁNCHEZ-SOSA, Juan José; JURADO CARDENAS, Samuel y HERNÁNDEZ-GUZMÁN, Laura (1992). *Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar.* Revista Mexicana de Psicología. Vol. 9; No. 2; 101-106 p.p.
- SÁNCHEZ-SOSA, Juan José y HERNÁNDEZ-GUZMÁN, Laura (1993). *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC).*
- SÁNCHEZ-SOSA, Juan José, HERNÁNDEZ-GUZMÁN, Laura y ROMERO M., Lorena (1997). *Predictores Psicosociales del fracaso conyugal: Un estudio exploratorio.* Archivos Hispanoamericanos de Sexología, Vol. III, No. 2.
- SARAFINO, Edward P. (1994). Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. Ed. John Wiley & Sons, Inc.; USA.; Segunda edición.

- SCHNEIDER-GROSSMAN, Patricia. (1988). Aspectos Psicosomáticos de la Cardiopatía. Tesis Doctoral en Psicología Cínica; UNAM, Facultad de Psicología; México.
- SCHWARTZ, JOEL (1995) *Lead, Blood Pressure, and Cardiovascular Disease in Men.* Archives of Environmental Health; January/February; Vol. 50 No. 1
- SHAPIRO, C. (1975) Infarto agudo del Miocardio. Ed. CECSA; México.
- SILICEO FERNÁNDEZ, VERÓNICA & URIBE CALLEJA, LAURA LUZ (1996) Evaluación de Conflictos en un grupo de Parejas que atraviesan los primeros Cinco Años de Matrimonio. Tesis de Licenciatura en Psicología; UIA; México.
- SNYDER, D. N., WILLS, R.M. (1989) *Behavioral versus insight-oriented marital therapy; efects on individual and interspousal functioning.* J. Consult. Clin. Psychol.; No. 57; 39-46 p.p.
- SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA.(1984) Código Ético del Psicólogo. Ed. Trillas; México.
- STERN, M.; PASCALE, L. Y ACKERMAN, R. N. (1977) *Life Adjustment Postmyocardial Infarction: Determing Predictive Variables.* Arch Intern Med ; Vol. 137, December; 1680-1685 p.p.
- STIENSMEIER-PELSTER, J. & SCHURMANN, M. (1991). *Attributionsstiel als Risikofaktor der depreessiven Reaktion bei Kindem.* Zeitschrift für Entwicklungspyshologie und Pädagogische Psychologie; Vol. 23; No. 4; 318-329 p.p.
- VAN GENNEP, A (1960) The Rites of Passage. Phoenix Books; Chicago, USA.
- VARGAS, LUIS ALBERTO (1991) *Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer.* Gaceta Medica de México; Vol. 127; No. 1; Enero-Febrero.
- WAMPLER, K. S. (1982) *The effectiveness of the Minnesota Couple Communication Training Program: a review of research.* J. Marriage Fam.; No. 8; 345-355 p.p.
- WALLACE, D.C. (1992) *Mitocondrial Genetics: A paradigma for aging and degenerative diseases.* Science; No. 256; 628-631 p.p.
- WATERS,D.; HALPHEN,Ch.; THEROUX, P.; DAVID,P. Y MIZGALA, H. (1978). *Coronary Artery Disease in young women: Clinical and argiographic freatures and correlation with risk factors.* American Journal of Cardiology; Vol. 42; 1-3 p.p.
- WOLPERT, ENRIQUE; ROBLES DIAZ, GUILLERMO Y REYES LÓPEZ, PEDRO (1993) *La transición epidemiológica de las enfermedades crónicas y*

degenerativas en México. Gaceta Médica de México; Vol. 129; No. 3; mayo-junio; 185-189 p.p.

- ZALOKAR, J. (1960) *Marital status and major causes of death in women*. J. Chron Dis. No. 11; 50-60 p.p.