

190
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“ACONTECIMIENTOS VITALES
E INFARTO”

T E S I S

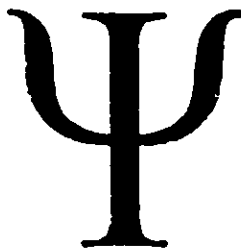
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

SAMANA VERGARA LOPE TRISTAN

DIRECTORA: LILIA JOYA LAUREANO
ASESORES: RICARDO ORTEGA PINEDA
FABIAN MARTINEZ SILVA



MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

274342



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedico esta tesis a mis padres **Manuel** y **Silvia** por acercarme al camino del conocimiento y hacer de mí esto que ven hoy día. *Gracias.*

A mi hermana **Naimed** por ser mi compañera de vida.

A mi hermano **Demian** que amo muchísimo y a **Sonia** por darnos:

A las dos grandes estrellas que alumbran nuestras vidas: **Sarita** y **Valeria**.

Agradezco a mi directora **Lilia Joya** por darme su apoyo real y constante para la realización de este trabajo.

Mi agradecimiento y admiración a **Ricardo Ortega** por ser no solo mi revisor, sino mi asesor, jefe, maestro y amigo.

A mi asesor **Fabian Martínez** por su disposición y tiempo.

Gracias al Programa para optimizar la enseñanza y la profesionalización del psicólogo clínico y a sus directoras **Bertha Blum** y **Eva Esparza** por la gran oportunidad y el apoyo que me brindaron a lo largo de mi estancia en el grupo. Y a **Verónica** por su gran ayuda y amistad.

A mi supervisora **Selma Berman** por compartir conmigo su conocimiento, darme su sincera y apreciable ayuda, y brindarme el apoyo que ha sido tan significativo para mí y que me ha permitido corroborar día con día mi deseo.

Agradezco a mis tíos Daniel y Tere por hacerme más ligeras muchas preocupaciones.

A la Fam. Araiza y a mi querida Iliana por acogerme en su hogar como una integrante más y brindarme todo lo necesario para realizar esta tesis.

A las Cachus (Ana, Betza, Claudia, Emma, Eryka e Iliana) por darme su amistad verdadera y ser una alegría muy grande en mi vida.

A Ricardo por "siempre estar".

A mi amiga Ana Elena porque juntas formábamos el mejor de los equipos.

A Flor por permitirme aprender a su lado.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O CORONARIOPATÍA

Cardiopatía isquémica.....	5
Angina de pecho.....	7
Oclusión coronaria.....	8
Infarto al miocardio.....	9
Factores de riesgo de la coronariopatía.....	11
I. Factores no modificables.....	11
II. Factores modificables o potencialmente controlables.....	12
Factores psicológicos, Patrón de Conducta Tipo A.....	15

CAPÍTULO 2, EVENTOS VITALES

Estrés.....	19
Ansiedad y depresión.....	26
Eventos.....	27

CAPÍTULO 3, METODOLOGÍA

Justificación del problema.....	31
Planteamiento del problema.....	31

Objetivo.....	32
Hipótesis.....	32
Variables.....	33
Método	
- Diseño.....	34
- Tipo de estudio.....	34
- Muestra.....	34
- Sujetos.....	35
- Instrumentos.....	36
- Procedimiento.....	36
- Procesamiento de datos.....	37
CAPÍTULO 4, RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO 5, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	
Discusión	54
Conclusión	63
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	
Limitaciones.....	64
Sugerencias.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67

ANEXOS

Anexo 1 "Escala de Reajuste Social"	70
Anexo 2 "Cuestionario de Datos Personales"	72
Anexo 3 "Guía de Factores de Personalidad"	73
Anexo 4 "Descripción de La Escala de Reajuste Social"	74

ÍNDICE

ESQUEMAS, TABLAS Y GRÁFICAS

Esquemas

Esquema 1. CORAZÓN VISTO POR DELANTE.....	6
---	---

Tablas

Tabla 1. EDAD POR GRUPO	38
Tabla 2. SEXO POR GRUPO	38
Tabla 3. OCUPACIÓN POR GRUPO	39
Tabla 4. ESTADO CIVIL POR GRUPO	39
Tabla 5. ESCOLARIDAD POR GRUPO	40
Tabla 6. NÚMERO E HIJOS POR GRUPO	40
Tabla 7. TABAQUISMO POR GRUPO	41
Tabla 8. NÚMERO DE CIGARRILLOS POR DÍA POR GRUPO.....	42
Tabla 9. EJERCICIO POR GRUPO	42
Tabla 10. DIABETES POR GRUPO	43
Tabla 11. OBESIDAD POR GRUPO	44
Tabla 12. HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR GRUPO.....	45
Tabla 13. COLESTEROL POR GRUPO	45

Tabla 14. GUIA DE FACTORES DE PERSONALIDAD (GFP). TOTAL DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR GRUPO.....	46
Tabla 15. GUÍA DE FACTORES DE PERSONALIDAD (GFP). SUMATORIA DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR REACTIVO Y POR GRUPO.....	47
Tabla 16. ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL (SRRS). SUMATORIA DE RESPUESTAS POR GRUPO.....	51
Tabla 17. ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL (SRRS). SUMATORIA DE RESPUESTAS POR REACTIVO Y POR GRUPO	52
Tabla 18. PRUEBA T, REACTIVOS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE GRUPOS.....	53

Gráficas

Gráfica 1. SEXO	39
Gráfica 2. TABAQUISMO	41
Gráfica 3. SEDENTARISMO	43
Gráfica 4. DIABETES	43
Gráfica 5. OBESIDAD	44
Gráfica 6. HIPERTENSIÓN	45
Gráfica 7. COLESTEROL	46
Gráfica 8. (GFP) TOTAL DE SUJETOS CON PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A.....	47
Gráfica 9. (GFP) TOTAL DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR GRUPO.....	47
Gráfica 10. (GFP) SUMATORIA DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR REACTIVO.....	48

Gráfica 11. (GFP) MEDIAS DE LAS RESPUESTAS "VERDADERO" POR GRUPO.....	48
Gráfica 12. (SRRS) SUMATORIA DE RESPUESTAS POR REACTIVO.....	52
Gráfica 13. (SRRS) MEDIA DE PUNTAJE POR GRUPO.....	52

RESUMEN

ACONTECIMIENTOS VITALES E INFARTO

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar si existen diferencias entre los acontecimientos vitales de un grupo de pacientes infartados (30 sujetos) y otro grupo de pacientes no infartados con factores de riesgo (30 sujetos), esto con el propósito de encontrar una posible influencia de dichos acontecimientos sobre la enfermedad isquémica miocárdica y partiendo de la hipótesis de que se encontrarían mayores eventos estresantes de vida en el grupo de pacientes infartados. Para ello se utilizó el instrumento traducido de Holmes y Rahe (1967), La Escala de Reajuste Social (The Social Readjustment Rating Scale, SRRS), y se les aplicó individualmente a los sujetos de ambos grupos. Junto con esta escala se les aplicó La Guía de Factores de Personalidad (GFP-43) destinada a medir el Patrón de Conducta Tipo A. No se pudo llegar a determinar que existiera una posible influencia de los eventos de vida en la enfermedad coronaria, ya que se observó que efectivamente existían diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del cuestionario de acontecimientos vitales (SRRS) de ambos grupos, pero a diferencia de lo esperado, los datos fueron más elevados (mostrando mayor dificultad de reajuste o mayor estrés de vida) en el grupo de pacientes no infartados. Los eventos de vida que más estrés causaron o que mostraron mayor dificultad en el reajuste social en el grupo de infartados fueron: logros personales, cambio en la situación financiera y vacaciones. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la guía de factores de personalidad (GFP) y solo la sexta parte de los sujetos infartados presentó Patrón de Conducta Tipo A.

LIFE EVENTS AND INFARCTION

This work had as its goal to find the differences between the life events of thirty myocardial-infarcted patients and those of non-infarcted patients with several risk factors (30 subjects), and then find a possible influence of the forementioned events on ischaemic-heart disease, starting on the hypothesis that there are more stressful events in the infarcted patients group. To achieve this goal we used the Holmes and Rahe instruments called The Social Readjustment Rating Scale (SRRS), that were applied individually to the members of both groups. Additionally to these scales, was applied The Personality Factor Guide (GFP-43) that measures type A behavior. There where no influence of life events on coronary disease, although there where significant differences of SRRS results between both groups, against our expectations, the score was higher among the non-infarcted patients. The most stressful events on the infarcted patients were: personal achievements, financial status shifts and vacations. There were no significant differences between both groups on GFP results and only the sixth part of the infarcted patients had type A behavior.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente la tercera parte de todas las muertes son causadas por enfermedad coronaria. Es ya bien sabido que los factores psicológicos juegan un papel fundamental en la aparición de enfermedades como el infarto. Muchas de las investigaciones alrededor de este tema han sido encaminadas hacia factores de personalidad. Así, el "Patrón de Conducta Tipo A" ha sido ampliamente estudiado como factor importante de riesgo. Sin embargo, algunos estudios revelan que el "Patrón de Conducta Tipo A" puede ser una causa suficiente pero no necesaria para el infarto, ya que existen pacientes, que a pesar de no presentar esta línea de conducta ni ningún otro factor de riesgo, se infartan (Casamadrid Pérez, 1989).

En la vida diaria es común que se relacione el infarto con situaciones estresantes como sustos, sorpresas, sobresaltos, etc. En la práctica clínica, los pacientes infartados frecuentemente refieren acontecimientos estresantes como jubilación o duelo previos a la enfermedad.

Lo anterior nos lleva a pensar que existen posibles factores desencadenantes que preceden al infarto y que no han sido suficientemente estudiados, este es el caso de los acontecimientos vitales (eventos de vida que pueden ser estresantes como la jubilación, la muerte de la pareja, el divorcio, etc.) que en México han sido relacionados a otro tipo de enfermedades como el cáncer mamario o el cáncer cervicouterino (Secín, 1983), pero nunca a la cardiopatía isquémica.

Por este motivo, el presente trabajo tuvo como objetivo determinar si existen diferencias entre los acontecimientos vitales de un grupo de pacientes infartados (30

sujetos) y otro grupo de pacientes no infartados con factores de riesgo (30 sujetos), esto con el propósito de encontrar una posible influencia de dichos acontecimientos sobre la enfermedad isquémica miocárdica y partiendo de la hipótesis de que se encontrarían mayores eventos estresantes de vida en el grupo de pacientes infartados.

Para ello se utilizó el instrumento traducido de Holmes y Rahe (1967) que tiene por nombre La Escala de Reajuste Social (SRRS). Dicha escala consta de 43 reactivos que incluyen diferentes eventos de vida a los cuales el sujeto debe darles un valor de acuerdo al reajuste que necesitó para ellos.

En México fue repetido el estudio original utilizando una versión en español del SRRS (Bruner, Acuña y Gallardo, 1994) con el propósito de determinar valores para la Escala de Reajuste Social empleando una muestra mexicana de estudiantes y llegando a resultados similares a los obtenidos por Holmes y Rahe.

Ya relacionado a la enfermedad, Secín en 1983 realiza una investigación aplicando una versión modificada del instrumento en una muestra de pacientes neoplásicas en la cual encontró que los acontecimientos más frecuentemente reportados, así como los que causaron más tensión fueron: necesidad de hospitalización, cambios económicos significativos y cambios en el hábito de dormir. En dicho estudio se menciona que las pacientes más deprimidas y/o ansiosas reportan haber experimentado mayor número de acontecimientos vitales y mayor tensión.

En este trabajo se intenta por primera vez en México relacionar los eventos de vida a la cardiopatía isquémica. La importancia del presente estudio radica en que con

el estudio de los posibles factores desencadenantes del infarto se podría abrir una puerta hacia la oportuna detección temprana y esto a su vez ayudar a la predicción de dicha enfermedad. En general los estudios retrospectivos nos pueden permitir llegar al nivel de intervención más importante: "la prevención".

En el Capítulo 1 "Cardiopatía isquémica o coronariopatía" podemos encontrar aspectos relacionados a esta enfermedad como clasificación, definición, etiología, anatomía, cuadros clínicos y factores de riesgo tanto físicos como psicológicos.

Dentro del Capítulo 2 "Eventos Vitales", comenzando con la explicación de estímulos estresantes o estresores, respuestas al estrés y relación organismo-ambiente se llega a una definición de estrés para posteriormente abordar brevemente el afrontamiento y la evaluación cognitiva y así poder determinar la aparición de la ansiedad y la depresión, que por sus manifestaciones fisiológicas ejerce importante influencia en dicha enfermedad. Después de lo anterior se habla sobre la tendencia a relacionar los eventos de vida con la enfermedad y sobre los antecedentes del instrumento utilizado.

En el Capítulo 3 aparece la metodología de la investigación (planteamiento del problema, objetivo, hipótesis, variables y método).

Los resultados son presentados en el Capítulo 4 por medio de gráficas y tablas. En el Capítulo 5 se aborda la discusión, a partir de las hipótesis planteadas al comienzo de la investigación, y las conclusiones. Y por último las limitaciones y sugerencias.

CAPÍTULO 1

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O CORONARIOPATÍA

Los padecimientos cardiovasculares degenerativos constituyen un problema de salud pública de gran importancia. En México las cardiopatías son, en orden de importancia, la tercera causa de muerte de la población general (Chávez, 1993). Aproximadamente la tercera parte de todas las muertes provienen de enfermedad coronaria, y casi todas las personas de edad avanzada tienen cierto grado de trastorno de la circulación coronaria (Guyton, 1963).

Para ejemplificar la importancia del tema basta citar algunos datos de la *America Heart Association* de Estados Unidos. En 1982 señalan que existieron 41 millones de estadounidenses con alguna forma de cardiovascularopatía; 35 millones de hipertensos, 4.5 millones de coronariopatías y dos millones de cardiopatías reumáticas. 51 de cada 100 muertes anuales en ese país, se debían a cardiovascularopatía. 90 de cada 100 infartos miocárdicos eran consecutivos a aterosclerosis y el infarto causaba 550,000 muertes. Había 4.5 millones de coronariópatas con antecedente de infarto, angina de pecho o ambas. Se esperaba que para ese año 1.5 millones de estadounidenses presentaran infarto y de ellos morirían 550,000. (Chávez, 1993).

En México las estadísticas indican que en 1996 las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar de importancia en mortalidad. En ese año murieron 65,603 mexicanos por enfermedades del corazón, de ellos 40,285 se debieron a Enfermedad Isquémica Miocárdica: 22,187 hombres y 18,099 mujeres. En ese mismo año las enfermedades del corazón ocuparon el sexto lugar de mortalidad en personas de 25 a

34, el quinto lugar en personas de 35 a 44, el segundo lugar en personas de 45 a 64 años y el primer lugar en personas de 65 en adelante.

Cardiopatía isquémica

El corazón de los mamíferos obtiene su sangre a través de las dos arterias coronarias, izquierda y derecha, que salen de la aorta. La sangre fluye por estas dos arterias coronarias sobre la cara externa del corazón, y se van desprendiendo de ellas arterias nutricias que penetran al músculo cardíaco. El flujo sanguíneo coronario es mayor durante la diástole, una de las razones para ello es que durante la sístole, la contracción muscular comprime los vasos y de esta forma se ocluyen parcial y pasajeramente los vasos coronarios durante la sístole ventricular. El músculo cardíaco comprime los vasos sanguíneos cuando se contrae, y cuando aumenta la frecuencia cardíaca se reduce el flujo sanguíneo coronario. Esto en corazones normales no tiene consecuencia alguna, pero si es importante cuando hay propensión a cardiopatía isquémica (Zavala, M. y colaboradores, 1991). Esquema 1.

Rodes, Guardia y Arroyo (1993), nos dicen que la *cardiopatía isquémica* o cardiopatía coronaria, es la afección cardíaca aguda, secundaria a una reducción o supresión del aporte sanguíneo al miocardio, originada por una disminución del calibre de los vasos arteriales coronarios, que puede ser de origen orgánico, fijo y/o de origen funcional (espasmo) transitorio. La isquemia del miocardio está asociada con un dolor agudo llamado angina de pecho.

Esquema 1. CORAZÓN VISTO POR DELANTE

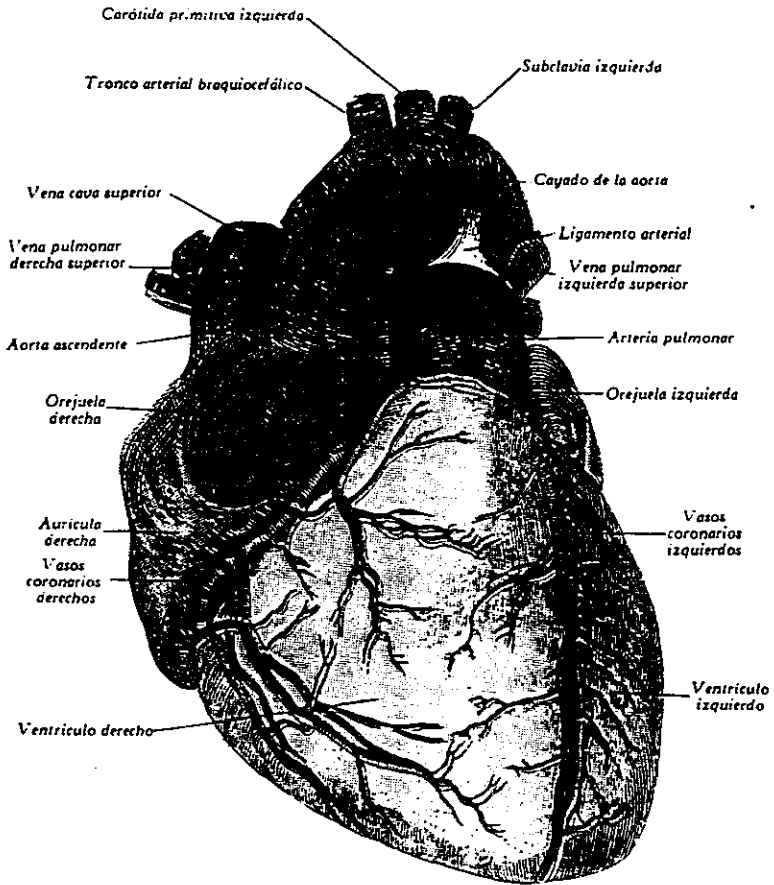


FIG. 2. CORAZÓN. VISTO POR DELANTE.

La enfermedad coronaria comprende varios cuadros clínicos que van desde el paciente asintomático hasta el que, en el extremo opuesto, sufre oclusión arterial y desarrolla un infarto. Entre ambos extremos está el paciente con angina de pecho, en sus dos variedades: estable e inestable (Espino, 1990).

Angina de pecho

Carral (1964) define clínicamente la *angina de pecho* como un dolor precordial, frecuentemente irradiado al brazo izquierdo, cuello y mandíbula del mismo lado, constrictivo, desencadenado por el esfuerzo y frecuentemente acompañado de angustia.

Desde el punto de vista patogénico, es el dolor originado por una insuficiencia coronaria brusca y transitoria, que puede aparecer en el curso de la insuficiencia coronaria crónica. Por lo general se puede considerar como más típica la localización esternal, más comunmente en sus dos tercios superiores y abarcando hacia la izquierda una parte o la totalidad de la región precordial, de donde irradia hacia arriba y a la izquierda, se extiende a la mitad lateral del cuello, hasta la región mastoidea y maxilar inferior del lado izquierdo, al hombro, brazo y antebrazo, en su borde cubital y puede llegar a los dedos correspondientes de la mano, meñique y anular. Con menor frecuencia irradia a ambos miembros superiores o a ambos lados del cuello; más excepcionalmente, el brazo derecho solamente.

Las crisis anginosas son siempre de corta duración y por lo tanto pasajeras. Es habitual que duren de tres a cinco minutos, aunque pueden ser tan fugaces, que solo se presenten durante unos segundos o tan duraderas, que persistan cerca de una hora,

de acuerdo con la duración más o menos breve del episodio de insuficiencia coronaria pasajera que las origina (Carral, 1964)

El dolor anginoso o angor, es casi siempre de carácter constrictivo. El enfermo que lo sufre experimenta una sensación compleja, mezcla de dolor y constricción, que expresa de diferentes maneras: o refiere sentirse apretado del tórax "como si tuviera una losa pesada delante del pecho"; o experimenta una sensación más difícil de expresar, "como si se le hubiese detenido algún bocado en el esófago" o se le hubiese "anudado la garganta"; otras veces, la constricción la localiza más profundamente "como si una mano metida dentro del pecho le estrangulara el Corazón" (Carral, 1964).

El dolor anginoso sobreviene casi siempre en circunstancias que obligan a efectuar al miocardio un mayor trabajo. El músculo estriado pobremente irrigado, a consecuencia de alguna alteración de las paredes de los vasos que lo nutren, puede dar origen a un dolor cuando se le obliga a efectuar un mayor trabajo. En ocasiones, es alguna emoción la causa que aparentemente desata la crisis dolorosa. El frío también influye para favorecer la producción de un dolor anginoso. Siempre debe temerse que el angor esté anunciándonos una oclusión coronaria próxima (Carral, 1964).

Oclusión coronaria

El bloqueo de un vaso coronario por algún trombo puede producir oclusión coronaria y ataque cardíaco, y si el flujo coronario disminuye por debajo de un cierto nivel en alguna arteria, el territorio irrigado por esa arteria disminuye su aporte de oxígeno. Si esta oclusión persiste por más de unos minutos, esta zona isquémica o

infartada empezará a presentar cambios irreversibles (Zavala, M. y colaboradores, 1991).

La causa más frecuente de oclusión coronaria es la trombosis resultante de aterosclerosis. Los enfermos hipertensos sufren oclusión coronaria dos o tres veces más frecuentemente que las personas normales. La oclusión brusca ocurre casi siempre en una de las principales arterias coronarias, generalmente a distancia de 3 a 6 cm de la boca de uno u otro de los dos vasos coronarios principales. La arteria coronaria izquierda tiene mucha mayor tendencia que la derecha a sufrir protrusión (Guyton, 1963).

Infarto al miocardio

En la oclusión coronaria existe la obstrucción súbita y completa de una arteria coronaria con sus consecuencias; la zona correspondiente del miocardio deja de recibir sangre, por lo que al cabo de poco tiempo se constituye un área de necrosis a la que se denomina *infarto*; esa zona de infarto se caracteriza por constituir lesiones confluentes, que forman una sola placa miocárdica. Es por ello que el infarto por oclusión se acompaña habitualmente por lesión pericárdica y endocárdica (Carral, 1964).

Miocardio es la parte muscular más gruesa de la pared del Corazón, está compuesta de músculo cardíaco y se halla situado debajo del pericardio y epicardio, y por encima del endocardio (Ham y Leeson, 1963).

El *infarto al miocardio* es entonces, la muerte o necrosis de una zona miocárdica como consecuencia de un episodio de isquemia lo suficientemente prolongado para ocasionar cambios irreversibles a nivel celular, y en la clínica se traduce por un síndrome caracterizado por dolor, alteraciones del ECG y alteraciones enzimáticas típicas (Rodes, Guardia y Arroyo, 1993). Suele acompañarse de sudoración fría, palidez, angustia debido a una descarga adrenérgica, puede descender la presión arterial y haber pulso filiforme, la náusea y el vómito pueden formar parte del cuadro inicial como fenómeno reflejo del dolor (Espino, 1990). El dolor cardiaco que produce tiene muchos atributos comunes con el dolor del angor, en cuanto a su localización, irradiaciones y modalidad. Su duración es mucho mayor, de varias horas a dos o tres días. Sus condiciones de aparición, también son diferentes. El angor es un dolor de esfuerzo, mientras que el dolor que acompaña al infarto generalmente sobreviene en pleno reposo. El dolor de la oclusión no desaparece con la administración de vasodilatadores, como la nitroglicerina. El dolor del infarto puede identificarse por la coexistencia de otros síntomas y signos dependientes de la oclusión; choque, disnea, apagamiento del primer ruido, ritmo de galope; en ocasiones, roce pericárdico, aplastamiento tensional, fiebre desde las 24 horas siguientes al momento de la oclusión, leucocitosis, aceleración de la sedimentación globular, proteína C reactiva positiva y elevación de la actividad sérica de la transaminasa glutámica oxalacética (Carral, 1964).

Los vasos sanguíneos coronarios a veces se ocluyen muy rápidamente, en otros casos los vasos se van cerrando lenta y progresivamente durante años, en cuyo caso suele poderse desarrollar circulación sanguínea colateral, que cubrirá la función de riesgo coronario primario. Por desgracia, el riego sanguíneo colateral no suele estar bien desarrollado hasta después que ya se han ocluido las coronarias. Por lo tanto, que

el corazón sufra o no sufra gran lesión por oclusión coronaria depende sobretodo de la rapidez con la cual tal oclusión se produce (Guyton 1963). Aproximadamente en 6 u 8 semanas suelen cicatrizar los infartos no complicados y el paciente puede regresar a su trabajo habitual. El individuo que ha tenido un infarto, teóricamente esta más expuesto a tener un segundo infarto que uno que jamás ha tenido problemas coronarios. En algunas series el segundo infarto ocurrió entre 5 y 10 años después del primero. Algunos individuos profundamente angustiados que han tenido infartos de repetición mueren en el curso de 5 años. Son sujetos de temperamento muy alterado, con enormes conflictos emocionales y grandes responsabilidades (Espino, 1990).

Factores de riesgo de la coronariopatía

La *aterosclerosis* es el sustrato principal de la coronariopatía y es la causa de la angina de pecho, del infarto o de ambos (Chávez, 1993). En ella las arterias se vuelven fibrosas e incluso calcificadas, con lo cual disminuye considerablemente la distensibilidad arterial y aumenta mucho la presión diferencial. Generalmente un grado ligero de hipertensión acompaña a la aterosclerosis (Guyton, 1963). Chávez (1993) plantea que la teoría más aceptada sobre la patogenia de aterosclerosis es la que supone una lesión en la íntima (capa interior de la arteria) producida por aumento de la presión y depósito de lípidos; lo que causa obstrucción de la arteria coronaria.

Los factores característicos para desarrollar aterosclerosis son:

I. Factores no modificables

1. Herencia. Antecedentes familiares de aterogénesis.

2. Edad.

3. Sexo masculino.

II. Factores modificables o potencialmente controlables

A. Mayores

- 1) Hiperlipoproteinemia.
- 2) Hipertensión arterial esencial (sistémica).
- 3) Tabaquismo.
- 4) Diabetes.

B. Menores

- 1) Obesidad.
- 2) Sedentarismo y falta de ejercicio.
- 3) Uso de anticonceptivos orales.
- 4) Estrés: Tipo de personalidad y tensiones psicosociales.
- 5) Otros: Hiperuricemia, hiperinsulinismo, hiperestrogenismo, carbohemoglobinemia e hipertiroidismo latente.

Herencia. Una historia familiar positivo puede reflejar: 1) predisposición genética para el desarrollo de la hipertensión, hiperlipidemia y diabetes, ó, 2) influencias ambientales como alimentación, estrés y estilo de vida.

Hiperlipoproteinemia. Aumenta el depósito de lípidos en la íntima (capa interior de la arteria) debido a su mayor concentración en el plasma. La disminución de lipoproteínas de densidad elevada puede alterar la depuración del colesterol de la pared arterial, lo que produce un desequilibrio entre la filtración del colesterol del

plasma y su depuración, por lo tanto produce depósito elevado del mismo (Espino, 1990).

Hipertensión arterial esencial. Aumenta la filtración de lípidos del plasma a las células de la íntima (capa más interna de las tres que forman una arteria) en virtud de aumento de la presión arterial especialmente en presencia de cifras elevadas de lípidos plasmáticos. A este tipo de hipertensión corresponden la mayoría de los casos clínicos, se caracteriza por el aumento de ambas presiones, sistólica y diastólica. La presión a veces se eleva hasta 270/170 mmHg, con presión media de 210 mmHg. Una persona suele considerarse hipertensa cuando su presión sistólica se ha elevado aproximadamente por encima de 150 mmHg y la diastólica por encima de 90 mmHg, pero estos límites son totalmente arbitrarios. Los pacientes con hipertensión esencial pueden perfectamente no presentar signo ni síntoma alguno, pues se sienten perfectamente normales, o incluso tienen sensación de particular bienestar. En casos más graves hay tendencia a presentar diversos trastornos cardiacos y también cefalea intensa. Las posibles causas de la hipertensión arterial esencial son: a) neurógena, por una descarga excesiva de impulsos nerviosos vasoconstrictores, b) resultante de insuficiencia renal, c) por anomalías hormonales (Guyton, 1963).

Tabaquismo. La importancia principal de fumar cigarrillos es que precipita arritmias. Se relaciona de manera importante con una reducción del colesterol sérico y este podría ser uno de los mecanismos responsables de su efecto adverso. Además el monóxido de carbono que contienen los cigarrillos produce hipoxia tisular y se relaciona con la génesis de la aterosclerosis. Al fumar, se estimula la producción de epinefrina y norepinefrina en un bajo nivel. Para que estos elementos pudieran dañar por secreción el calibre de las arterias, se necesitaría consumir más de 35 cigarrillos

al día. Es muy difícil desarrollar una enfermedad cardiovascular y mucho más, una cardiocoronaria por el simple hecho de fumar, antes de que sucediera una afección circulatoria, se daría una respiratoria.

Diabetes. Puede actuar como iniciador y promotor de la aterosclerosis. Afecta a la membrana capilar basal de todos los tejidos y produce anomalías en los pequeños vasos coronarios al igual que en las arterias mayores. Se ha demostrado que la Diabetes Mellitus aumenta a más del doble el riesgo de infarto del miocardio que el que se observa solo con hipertensión arterial. Cuando coexiste con otros factores de riesgo como la dislipidemia o la hipertensión arterial, se multiplica el riesgo de Infarto Agudo al Miocardio. La obesidad, la dieta rica en hidratos de carbono, el sedentarismo y la predisposición genética disminuyen la sensibilidad de los tejidos a la insulina. El páncreas es forzado a producir más de esta hormona la cual, en exceso aumenta el nivel de las lipoproteínas ricas en triglicéridos y colesterol, y la presión arterial y ejerce acciones aterogénicas directas. Los lípidos son uno de los mecanismos de daño arterial más importante en la diabetes. El paciente diabético normalmente tiene trastorno del metabolismo de lípidos que aumenta los triglicéridos y el colesterol sérico. La hipertrigliceridemia en el paciente diabético cobra mayor importancia patológica porque aumenta el potencial aterogénico del colesterol-LDL. La reducción de los lípidos sanguíneos en el paciente diabético brinda espléndidos beneficios en términos de un notable mejoría en el pronóstico.

Obesidad y sedentarismo. La obesidad está muy relacionada con hábitos sedentarios, ambos pueden predisponer a la diabetes y posiblemente, a la hipertensión (Chávez, 1993).

Anticonceptivos orales. Cada vez hay más pruebas de que los anticonceptivos orales, en especial los de contenido elevado de estrógenos, constituyen un riesgo mayor de infarto del miocardio. No está claro el mecanismo (Chávez, 1993).

Estrés. Existen diferentes definiciones de estrés provenientes de diversas teorías. Este término acuñado por Selye en 1936 (citado por Lazarus y Folkman, 1986), se refiere a la respuesta homeostática del organismo ante agresiones físicas, psicologico-emocionales, térmicas, o más claramente patológicas tendientes a la autodefensa. Desde los estudios de Cannon (citado por Sokolow, 1992), se sabe que las catecolaminas, principalmente la adrenalina y noradrenalina, son sus principales mediadores químicos.

En la vida diaria, los tipos y formas comunes de estrés son los inherentes al trabajo y al ejercicio físico, al psicológico de excitación mental o emocional. Así, en la vida cotidiana, tanto la esfera laboral como la emocional son estresantes. Dichos estímulos pueden actuar sobre un organismo sano, pero también sobre uno enfermo y, por lo tanto, sus consecuencias fisiopatológicas podrían ser muy variadas (Chávez, 1993).

Factores psicológicos, Patrón de Conducta Tipo A

Con base en estudios epidemiológicos se han descrito patrones de temperamento y comportamiento humanos, buscando su correlación con la aterosclerosis y la hipertensión arterial, ya que en ambas enfermedades se ha propuesto al estrés (básicamente al emocional) como factor de riesgo. En 1974,

Rosenman y Friedman caracterizaron así dos grandes patrones de comportamiento, los de tipo "A" y los de tipo "B".

El patrón de conducta tipo "A" es un rasgo de conducta activo-emotivo que se desarrolla en personas sujetas a una lucha, agresivamente llevada por conseguir siempre más en menor tiempo, importando solamente la propia convicción, y sujetos por esto a defender su actitud ante personas y situaciones (Casamadrid, 1989).

En 1981 en el *Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease* (citado por Moller y Botha, 1996) fue aceptado el patrón de conducta tipo A como factor de riesgo para desarrollar enfermedad coronaria, siendo este independiente de los otros factores de riesgo.

Existen tres factores fundamentales en el patrón de conducta tipo A que la caracterizan:

1) *La prisa*. Es una sensación crónica de urgencia llamada por Rosenman y Friedman "la enfermedad de la prisa". El sujeto tipo A siempre tiene que hacer, nunca le sobra tiempo, pues lo ha ocupado ya en algo, esta tendencia con el tiempo va haciéndose parte implícita en cualquier actividad; automatiza su conducta de tal forma, que siempre, aunque no lo necesite, hace todo rápido y es obsesivamente puntual.

2) *Competitividad*. Es un afán de encontrar retos desafiantes para mostrar superioridad (a ellos mismos y a los demás), se refiere a la constante demostración de sus capacidades y tienden en todo momento a querer superar a los demás.

3) *Hostilidad*. Los sujetos con patrón A, tienden a frustrarse por acontecimientos que a muchas personas no suelen afectar, ante esta frustración reaccionan con ira, aunque esta rara vez es física, sino mas bien ideacional (fantasías hostiles) y verbal (insultos y sarcasmos); este desahogo rara vez es suficiente para reducir el impulso que sufre el tipo A, este impulso, por lo tanto, energiza la prisa y la competitividad.

Espino (1990) opina que, el concepto etiopatogénico actual sobre el comportamiento tipo A como factor de riesgo circulatorio, podría expresarse así:

1) Datos químicos y clínicos muestran que en el tipo A hay un aumento significativo en los niveles sanguíneos de noradrenalina, adrenalina, cortisol y testosterona, así como disminución de las partículas lípidas de alta densidad (HDL) y de los linfocitos. Son individuos con frecuencia cardiaca promedio aumentada, mayor incidencia de alteraciones cardiacas y cifras más altas de presión arterial.

2) Desde el punto de vista fisiopatológico, los sujetos de este tipo, muestran aumento del gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca y las resistencias arteriolas periféricas, como efecto de la cardioestimulación.

3) Desde el punto de vista etiopatogénico es de aceptarse en ellos un bombardeo catecolamínico fino, abundante, sostenido, crónico y acumulativo.

Después de todo lo anterior podemos observar claramente como los aspectos psicológicos juegan un papel primordial entre los factores de riesgo para las afecciones coronarias. En un estudio realizado por Rivera (1979) se observó que el 19% de su muestra de varones infartados no tenían razón médica para infartarse y

además se infartaban prematuramente. Este tipo de resultados provocaron que se comenzara a dar la importancia necesaria a los factores de riesgo de tipo psicológico. En esta misma investigación se menciona que "la manera en que se encararan los problemas cotidianos, es el factor básico productor del infarto" (Rivera, 1979, p. 140). No se descartan los factores médicos como provocadores de la enfermedad isquémica miocárdica, se cree que estos actúan como condición necesaria, pero que el factor precipitante y la condición para el ataque cardíaco es el patrón de conducta tipo A.

La conceptualización del patrón de conducta tipo A nos proporciona una visión más clara del llamado factor de riesgo psicológico para desarrollar coronariopatía, pero dicha explicación posee limitaciones fenomenológicas, como el de ser un acercamiento meramente descriptivo. Casamadrid Pérez (1989) menciona que el patrón de conducta tipo A podría ser una causa suficiente, aunque no necesaria para promover el infarto, ya que el 24% de los sujetos infartados de su investigación no presentaron esta línea de conducta, ni ningún otro factor considerado de riesgo, que pudiera dar una explicación del porqué del infarto, y sin embargo lo presentaban.

De ahí surge la pregunta de qué otros aspectos, además de los factores de riesgo antes mencionados, podrían estar antecediendo o desencadenando el infarto.

CAPÍTULO 2

EVENTOS VITALES

La estrategia general de relacionar la ocurrencia de sucesos vitales, el estrés y la enfermedad, aparentemente proviene de las enseñanzas del psiquiatra Adolf Mayer (1900), quien cuidadosamente relacionaba los sucesos vitales de sus pacientes, con las fluctuaciones en su salud. Aparentemente, tanto Mayer, como su discípulo Wolff, notaron que el inicio de la enfermedad tendía a coincidir con la acumulación de eventos, que hoy día se llamarían "estresantes". Siguiendo esta misma línea de investigación, Holmes (quien fue discípulo de Wolff) desarrolló (en compañía del sociólogo Hawkins) la primera lista de eventos recientes, el SRE (Schedule of Recent Events). Con el propósito de valorar el peso relativo de dichas situaciones, se creó el SRRS y posteriormente, una versión destinada a estudios epidemiológicos, el RLCQ (Recent Life Changes Questionnaire), (citado por Bruner, Acuña y Gallardo, 1994).

Estrés

El estrés tiene que ser visto como un concepto genérico, para esto, debèn de ser considerados los estímulos, las respuestas y las relaciones.

Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto, así como determinadas condiciones originadas en el interior del individuo. Lazarus y Cohen (1977) hablan de tres tipos de acontecimientos, estímulos inductores de estrés o estresores: cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas), cambios

mayores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y, en tercer lugar, los ajetreos diarios (citado por Lazarus y Folkman, 1986).

Los acontecimientos estresantes pueden hallarse fuera del control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o perder el puesto de trabajo; también puede ocurrir que los acontecimientos estén fuertemente influidos por el individuo, como es el caso de los divorcios, de dar a luz o de someterse a un examen importante. La lista anterior contiene un buen número de experiencias negativas que resultan nocivas o amenazadoras. Algunos autores (Holmes y Masuda, 1974) mantienen la teoría de que cualquier cambio, sea positivo o negativo, puede tener un efecto estresante (citado por Lazarus y Folkman, 1986).

Existen muchas otras propuestas de taxonomía de estímulos estresantes, una de ellas es la realizada por el cuadro médico del Psychosocial Assets and Modifiers of Stress in the Institute of Medicine, publicada en *Stress and Human Health*. En ella se proponen cuatro amplios tipos de estresantes que difieren primariamente en su duración. Los cuatro tipos señalados son los siguientes (Elliot y Eisdorfer, 1982, citado por Lazarus y Folkman, 1986):

- 1) Estresantes agudos, limitados en el tiempo; tales como hacer un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica o tener un encuentro con una serpiente cascabel.
- 2) Secuencias estresantes o series de acontecimientos que ocurren durante un período prolongado de tiempo como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante, tal como la pérdida del puesto de trabajo, el divorcio o el fallecimiento de un familiar.

- 3) Estresantes crónicos intermitentes, tales como visitas conflictivas a parientes políticos o problemas sexuales; estos ocurren una vez al día, una vez a la semana o una vez al mes.
- 4) Estresantes crónicos, tales como incapacidades permanentes, riñas entre los padres o estrés de origen laboral crónico, los cuales pueden haberse iniciado o no, por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.

Lo expuesto anteriormente ilustra lo que esencialmente es una definición de estímulo estresante en la cual ciertas situaciones se consideran normativamente susceptibles de provocar estrés. Aunque resulta acertado buscar una taxonomía válida de estímulos estresantes considerando bien el contenido o las características formales como cronicidad o duración, hay que ser precavidos porque existen diferencias individuales a la vulnerabilidad a tales estímulos. Los acontecimientos externos se consideran normativamente estresantes con base en la respuesta emitida con mayor frecuencia, la cual se halla lejos de ser la universal. En otras palabras, la creación de una taxonomía de situaciones depende de unos patrones de respuesta al estrés. Una vez que tales modelos de respuesta se han tenido en cuenta, deben considerarse las características del individuo, las cuales confieren fuerza y significado a las situaciones que actúan como estímulo, con lo que la definición de estrés queda ligada a la respuesta (Lazarus y Folkman, 1986).

En biología y medicina se define con más frecuencia al estrés en términos de respuesta. Cuando la respuesta del individuo o del animal aumenta su intensidad, hablamos de situación de estrés, de organismo que reacciona ante el estrés, de que se halla bajo estrés, de que está trastornado, angustiado, etc. (Selye y Harold, citado por Lazarus y Folkman, 1986). Si tratamos de definir al estrés a través de la

respuesta que origina, entonces no disponemos de un modo sistemática de identificar prospectivamente aquello que resulta estresante de lo que no: tenemos que esperar la respuesta. Por tanto muchas respuestas pueden tomarse como indicativas de estrés psicológico, no siéndolo en realidad. Así, por ejemplo, la frecuencia cardiaca aumenta al hacer yoga mientras que el individuo parece sentirse psicológicamente relajado y en paz. Realmente, la respuesta no puede juzgarse como reacción psicológica al estrés sin hacer referencia al estímulo que la ha originado. Todos los planteamientos sobre estímulo-respuesta son circulares e incurrir en las mismas cuestiones cruciales de principio: ¿qué hay en el estímulo que produce una respuesta particular y qué hay en la respuesta que indique un estrés particular? Esta es la relación observada estímulo-respuesta, no, estímulo o respuesta, que define el estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

Es bueno hablar de una respuesta al estrés como aquella que significa una perturbación de la homeostasis, pero dado que todos los aspectos de la vida parecen o bien producir o bien reducir tal homeostasis, se hace difícil distinguir el estrés de cualquier otra cosa, excepto cuando el grado de trastorno originado sea muy superior al habitual (Lazarus y Folkman, 1986).

Para que la enfermedad tenga lugar, un elemento patógeno debe unirse con un organismo susceptible. Las características o el estado del sistema que es atacado son tan importantes como el agente externo. Una persona no se pone enferma como resultado único de la existencia de agentes nocivos en el medio ambiente, sino como resultado de ser sensible a la acción de estos agentes. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición de enfermar.

El estrés por sí sólo no es suficiente para causar enfermedad, para que se dé una enfermedad relacionada con éste, han de darse también otras condiciones: tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados. Para la aparición y las consecuencias del estrés es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación entre ellos (Lazarus y Folkman, 1986).

Las condiciones ambientales extremas representan estrés para casi todo el mundo, sin embargo, los trastornos que casi de forma universal sufren las personas expuestas a tales condiciones extremas (combate, desastres naturales, encarcelamiento, tortura, inminencia de muerte, enfermedad grave o pérdida de seres queridos) no han de hacernos caer en la creencia simplista de que el estrés es algo producido por causas ambientales. Tales condiciones extremas no son habituales y su utilización como modelo de estímulos estresantes produce una teoría y unas aplicaciones erróneas. Al pasar de estas condiciones de vida más extremas a otras medias o más ambiguas, es decir, a los estresantes vitales más ordinarios, la variabilidad de la respuesta se hace aún mayor: lo que es estresante para uno en un momento dado, no lo es para otro. No podemos pretender por más tiempo la posibilidad de definir el estrés de forma objetiva, haciendo únicamente referencia a las condiciones ambientales, sin tener en cuenta las características del individuo. Es aquí donde se hace más evidente la necesidad de adoptar una perspectiva relacional y donde es particularmente urgente identificar la naturaleza de la relación para poder así entender el complejo modelo de reacción y sus consecuencias adaptativas, conocimiento que más tarde se podrá aplicar a la clínica (Lazarus y Folkman, 1986).

"El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1986, p.43).

Es correcto medir el estrés como una entrada de información, como una respuesta o como una relación de tensión. El estudio de las causas generadoras de estrés psicológico debe hacerse a través del análisis de los dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento. La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera (Lazarus y Folkman, 1986).

Dohrenwend (1978) considera que el estrés puede provocar efectos sobre el individuo que dependen de factores situacionales y de afrontamiento, incluyendo además el uso de apoyos sociales y características psicológicas propias (citado por Cárdenas, Vite, Aduna, Echeverría y Ayala, 1993).

Rozanski en un estudio realizado en 1988 examina el estrés físico y psicológico en las señales de las paredes miocárdicas en 39 pacientes con cardiopatía coronaria. El estrés físico fue evaluado por una prueba de esfuerzo de rutina, mientras que el estrés psicológico fue evaluado por cuatro formas distintas: un test de aritmética, un test de frustración al color, discurso en público y lectura en silencio. 23 de 39 pacientes (59%) presentaron isquemia durante el estrés mental. Además, en 19 de estos 23 pacientes (83%) la isquemia era silenciosa. La isquemia miocárdica secundaria

a estrés mental se presentó con frecuencias cardiacas mucho más bajas que la secundaria a estrés físico. El más efectivo de los estímulos utilizados para producir isquemia miocárdial fue el discurso en público, presentándose también fuertes emociones de hostilidad y depresión. Esto le hace pensar a Rozanski, que el ejercicio y el estrés mental tienen mecanismos significativamente diferentes para producir isquemia miocárdial. Hijzen y Slagen (1985) realizan un estudio en el que utilizando evidencia electrocardiográfica de isquemia, hacen notar que el estrés emocional parece tener su efecto cuando la frecuencia cardiaca se encuentra alrededor de 80/min., en contraste con el estrés físico que parece mostrar su influencia isquémica cuando la frecuencia cardiaca está aproximadamente en 120/min. Rozanski concluye que la isquemia miocárdial secundaria a estrés emocional parece ser un problema de "suministro", mientras que la isquemia provocada por el ejercicio físico es una consecuencia de "demanda" (citado por Rahe, R., 1989)

Existe una importante relación entre estrés, afrontamiento a situaciones estresantes y enfermedad. Para Zautra, Guarnaccia y Dohrenwend (1986) el concepto de umbral de estrés debe de ser analizado cuidadosamente en referencia a los eventos de vida, tomando en cuenta tanto los pequeños como los grandes estresores.

Una característica importante de la investigación sobre el estrés radica en el creciente interés por los llamados acontecimientos vitales. Por esta razón, se han propuesto diversos sistemas para medirlos y, con frecuencia, se evalúan con el grado de adaptación que requiere, el grado en que son deseables o controlables o de acuerdo con alguna otra dimensión subjetiva. Estas escalas de medición se han convertido en la forma más popular de medir los efectos del estrés sobre la salud somática y psíquica (Lazarus y Folkman, 1986).

Maier y Laudenslager (1985) mencionan que numerosos investigadores han estudiado cómo algunos estresores vitales (como un cambio de trabajo, nacimiento de un niño o dificultades maritales) son relacionados al desarrollo de enfermedades infecciosas. Se les pidió a personas enfermas que enlistaran cambios de vida estresantes por los que habían pasado antes de la enfermedad, sus respuestas fueron comparadas con las de personas que no presentaban ninguna enfermedad. Los resultados revelaron que altos niveles de estrés frecuentemente preceden a la enfermedad.

Ansiedad y depresión

"Los efectos de la ansiedad son primordialmente benéficos en el funcionamiento cardiovascular. Existe una conocida relación entre la ansiedad y el rendimiento. Hasta cierto nivel, a mayor ansiedad mejor desempeño, pero cuando la ansiedad alcanza un nivel extremo y se suma a la hostilidad y la depresión, ejerce una influencia negativa en la salud cardiovascular. La evidencia fisiológica de los efectos negativos de la ansiedad extrema en personas con cardiopatía coronaria, ha sido determinada por indicaciones sintomáticas o electrocardiográficas de isquemia miocárdica". "...sabemos que episodios de isquemia miocárdica secundaria a estímulos psicológicos, son mucho más comunes de lo que se pensaba. La isquemia miocárdica secundaria a estímulos psicológicos usualmente ocurre con niveles de pulso bajos y sin dolor de pecho" (Rahe, R., 1989, p. 36).

Brown (1981) argumenta que los desórdenes afectivos son regularmente, en alguna forma, complicaciones de respuestas emocionales ordinarias, y que, como la mayoría de las emociones ordinarias, son el resultado de experiencias significativas.

Los desordenes depresivos comúnmente siguen a ciertos eventos vitales difíciles, y en respuesta a ellos surgen los primeros síntomas. El componente crítico de la mayoría de los eventos, y el principal para la depresión clínica, parece ser la pérdida o desaprobación, y las respuestas inmediatas a los eventos abarcan respuestas afectivas como la tristeza, el *distrés* y la desesperanza. Los eventos que ocasionan depresión tienden a generarse por "pérdida", y aquellos que ocasionan ansiedad tienden a generarse por "peligro".

Ibarra, Ramírez y Almanza (1997) citan que la depresión es un factor de riesgo que incrementa las complicaciones potenciales al presentarse en forma concomitante a padecimientos médicos como la diabetes (Lustman, 1992), la hipertensión o infarto al miocardio (Keneth, 1993). Silvertón (1987) dice que en las primeras horas postinfarto la presencia de depresión condiciona un riesgo significativamente mayor de muerte súbita, reinfarto o falla cardiaca (citado por Ibarra, Ramírez y Almanza, 1997).

Un estudio que concuerda con esto es el realizado por Secín Diep (1983), en el que se prueba la hipótesis de que las pacientes más deprimidas y/o ansiosas reportan haber experimentado mayor número de acontecimientos vitales (entre los que se encuentran necesidad de hospitalización, cambios económicos significativos y cambios en el hábito de dormir) y mayor tensión.

Eventos

Holmes y Rahe mencionan que los *eventos vitales* son todos los cambios tanto positivos como negativos que son capaces de causar desequilibrio, el cual puede

manifestarse con formación de síntomas diversos. (Holmes y Rahe, 1967, citado por Secín R., 1983)

Holmes y Masuda (1974) concluyen que: mientras mayor sea la magnitud del cambio de vida (crisis vital), mayor será la probabilidad de que este cambio de vida esté asociado con el comienzo de la enfermedad, y mayor será la probabilidad de que la población en riesgo experimente la enfermedad.(citado por S. Dohrenwend, Krasnoff, B. Dohrenwend y Askenasy, 1978)

La evaluación de las situaciones de vida constituiría un proceso, que sigue a la percepción del estímulo y que precede a la acción (Lazarus, 1966, 1974, 1980), en el cual el organismo divide los estímulos en positivos y negativos (Günther, 1980). Dependiendo de la evaluación, la conducta puede ser de acercamiento o evitación. Habitualmente se considera como negativos o aversivos a estímulos que son novedosos, intensos, que se asocian con experiencias previas negativas o que por predisposiciones hereditarias son evitados (Günter, 1980). Del mismo modo un estímulo positivo puede transformarse en negativo dependiendo de las experiencias previas y de sus cualidades de novedad e intensidad. Tanto las situaciones estímulo positivas como negativas pueden ser estresantes para el individuo ya que exige un cambio vital para adaptarse a ellas (citado por Rivera, A., Vollmer, P., Aravena, R., Carmona, A., 1985).

En 1967, Holmes y Rahe, desarrollan La Escala de Evaluación de Reajuste Social (The Social Readjustment Rating Scale, SRRS). Esta fue un intento de estimar la magnitud de algunos eventos vitales que se sospechaba que antecedian el inicio de una enfermedad o agravaban el curso de una enfermedad establecida. Apparently, los

valores que obtuvieron son confiables. En el estudio original, se obtuvieron correlaciones (Rho's de Spearman) mayores a .90 entre los diferentes subgrupos de la muestra (citado por Bruner, Acuña y Gallardo, 1994).

La suma de los puntajes del LCU's (Life Change Unit, Unidad de Cambio de Vida) de la escala antes mencionada también mostró validez para predecir tanto el inicio como la gravedad de una enfermedad subsecuente. Holmes (1978), reseña un trabajo realizado por Rahe, en el cual aproximadamente 30% de los sujetos con puntaje bajo de LCU's, 50% de los que acumularon un puntaje intermedio y 80% de los que acumularon un puntaje alto, contrajeron una enfermedad. Según Wyler, Masuda y Holmes (1971) y Holmes (1978), calificaciones acumuladas menores a 100 puntos predicen enfermedades como resfríos, migrañas o mononucleosis, mientras que calificaciones mayores a 300 puntos, predicen enfermedades tan graves como infartos al miocardio, cáncer o diabetes (citado por Bruner, Acuña y Gallardo, 1994).

Un estudio de Bruner, Acuña y Gallardo (1994) tuvo como propósito determinar valores de LCU para la Escala de Reajuste Social, empleando una muestra mexicana contemporánea y utilizando una versión en español del SRRS. Su muestra estaba constituida por estudiantes de cuatro universidades mexicanas (N=420), quienes juzgaron la severidad de los 43 ítems de la Escala de Reajuste Social. Los resultados obtenidos en dicho estudio son, en general, semejantes a los obtenidos en el estudio original de Holmes y Rahe. Esto es, tanto las calificaciones de LCU's promedio, como el ordenamiento por rangos de los ítems, fueron más parecidos que diferentes. Se obtuvo un alto grado de semejanza en los juicios de severidad entre los diferentes subgrupos de la muestra empleada. Cuando se dividió la muestra por sexo y nivel socioeconómico, se encontraron algunas diferencias entre los subgrupos. En general,

las mujeres juzgaron algunas situaciones de la esfera interpersonal\afectiva, de una manera más severa que los hombres. Así mismo, los estudiantes pertenecientes a una clase social comparativamente más baja, juzgaron como más serias algunas situaciones, principalmente financieras, que los estudiantes pertenecientes a una clase social más alta. Las diferencias por sexo se interpretaron como congruentes con estudios anteriores sobre los roles sexuales de los mexicanos. Las diferencias por nivel socioeconómico se consideraron también como congruentes con la literatura sobre mitigadores del estrés, especialmente con el hallazgo que la falta de recursos es una agravante del estrés de la vida.

En 1985 Rivera, Vollmer, Aravena y Carmona, realizan un trabajo de validación de la Escala de Evaluación de Reajuste Social para una población de estudiantes universitarios y empleados administrativos chilenos. Además de esto, hacen una comparación entre los dos grupos, de la evaluación que hacen los sujetos de las diversas situaciones de vida presentadas. En los resultados que obtuvieron se muestra una correlación significativa de las evaluaciones de situaciones de vida de los dos grupos y además indican que la validez de la escala sobrepasa las limitaciones derivadas de las influencias culturales.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Justificación de problema

Los factores psicológicos juegan un papel muy importante en la aparición de enfermedades como el infarto al miocardio. Gran parte de las investigaciones sobre los factores de riesgo psicológicos de las enfermedades isquémicas ha sido encaminada sólo al Patrón de Conducta Tipo A.

En la vida diaria, el común de la gente suele relacionar el infarto con situaciones estresantes como sustos, sorpresas, sobresaltos, etc. En la práctica clínica es común encontrar pacientes que refieren acontecimientos estresantes como jubilación o duelo. Parece evidente la existencia de una estrecha relación entre el infarto y el estrés, ya sea desde el punto de vista del Patrón de Conducta Tipo A o con relación a los Acontecimientos Vitales. Debido a todo lo anterior surge la pregunta sobre el papel que podrían estar teniendo los Acontecimientos Vitales en la presentación de un infarto al miocardio.

Planteamiento del problema

¿ Existirán diferencias entre la percepción de ciertos acontecimientos vitales de un grupo de pacientes infartados y otro grupo de pacientes no-infartados con factores de riesgo?

Objetivo

Determinar si existen diferencias en los eventos vitales de un grupo de pacientes infartados y no infartados.

Hipótesis

Hipótesis conceptual.

Se encontrará una mayor dificultad de reajuste social ante cambios provocados por eventos vitales en el grupo de pacientes infartados, que en el grupo de pacientes no infartados con factores de riesgo.

Hipótesis de trabajo.

Habrán puntajes más elevados en el grupo de pacientes infartados que en el grupo de pacientes no infartados con factores de riesgo, de acuerdo a La Escala de Reajuste Social, en los 6 meses anteriores al inicio del padecimiento en el caso de los pacientes infartados, y en los 6 meses anteriores a la aplicación del instrumento en el caso de los pacientes no infartados con factores de riesgo.

Hipótesis estadísticas.

Hi = Existirán diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de La Escala de Reajuste Social del grupo de pacientes infartados y no- infartados con factores de riesgo.

Ho = No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de La Escala de Reajuste Social del grupo de pacientes infartados y no-infartados con factores de riesgo.

Variables

- Variable Independiente = Acontecimientos vitales
- Variable Dependiente = Grupo:
 - con diagnóstico de infarto
 - sin diagnóstico de infarto

Conceptual

V.I.

Acontecimientos vitales: Cambios positivos o negativos en la vida de los sujetos, capaces de causar desequilibrio y que pueden manifestarse con la formación de síntomas diversos (Holmes y Rahe, 1967, citado por Secín R., 1983).

V.D.

Infarto al miocardio: Necrosis de una zona miocárdica como consecuencia de un episodio de isquemia lo suficientemente prolongado para ocasionar cambios irreversibles a nivel celular, y en la clínica se traduce por un síndrome caracterizado por dolor, alteraciones del ECG y alteraciones enzimáticas típicas (Rodes, Guardia y Arroyo, 1993).

Operacional

V.I.

Acontecimientos vitales: De acuerdo a las respuestas afirmativas de los 43 reactivos incluidos en La Escala de Reajuste Social.

V.D.

Infarto al miocardio: De acuerdo al diagnóstico confirmado de infarto agudo al miocardio mediante: 1) Cuadro clínico compatible; 2) Elevación de enzimas cardíacas; 3) Electrocardiograma; 4) Ecocardiograma. Todos ellos proporcionados por los médicos de la Unidad de Cuidados Coronarios (UCC).

Método

Diseño

Cuasi-experimental, de campo, ex post facto, grupos intactos.

Tipo de estudio

Comparativo, transversal, retrospectivo.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional y por cuota.

Sujetos

Grupo A: 30 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio ocurrido dentro de los 6 meses anteriores a la aplicación y que no presentaran ninguna cardiopatía isquémica anterior al infarto.

Grupo B: 30 pacientes que nunca hubieran sido diagnosticados con ninguna cardiopatía isquémica pero que presentaran un mínimo de dos factores de riesgo.

Inclusión

- Sujetos que oscilaran entre 45 y 65 años de edad.
- Sujetos que presentaran por lo menos 2 de los factores de riesgo físicos en el caso del grupo A y que presentaran IAM en el caso del grupo B.
- Sujetos derecho-habientes al ISSSTE, que asistieran a consulta o estuvieran hospitalizados en el CMN 20 de Noviembre.

Exclusión

- Sujetos que su infarto hubiera ocurrido fuera de los seis meses anteriores a la aplicación (en el caso del grupo A).
- Sujetos que presentaran menos de 2 factores de riesgo (en el caso del grupo B).

Instrumentos

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue la versión en español de La Escala de Reajuste Social (SRRS) (Holmes y Rahe, 1967) realizada por Bruner, Acuña y Gallardo en 1994 (véase Anexo 1), con una consistencia interna de .97 a .99. Consta de 43 reactivos que intentan estimar la magnitud de algunos eventos vitales que se sospeche que anteceden al inicio de una enfermedad. (Véase Anexo 4, descripción del SRRS).

Además de la escala antes mencionada se utilizó un cuestionario de datos personales (véase Anexo 2) que recabó información sociodemográfica, factores de riesgo, fecha del infarto, etc., y la Guía de Factores de Personalidad (GFP-43) (véase Anexo 3) cuya versión original (GFP) fue realizada por Fernández, G. La versión reducida fue construida por Casamadrid, M., consta de 43 reactivos y probó tener validez de contenido, de contraste y factorial, además de una confiabilidad de 0.81 y 0.86. Se considera que un sujeto tiene Línea de conducta tipo A, si responde a más preguntas con "verdadero" que con "falso". Esto quiere decir, 22 o más respuestas verdaderas se tomaran como indicadores de patrón de conducta tipo A.

Procedimiento

1. Se formaron dos grupos (A y B) cada uno formado con 30 pacientes. El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera.
2. Se contactaron pacientes con diagnóstico de infarto al miocardio en la unidad de cuidados coronarios y en el piso de cardiología del CMN 20 de Noviembre.

3. Se les aplicaron individualmente los cuestionarios antes mencionados, pidiéndoles, en el caso del cuestionario de eventos de vida, que lo contestaran según los 6 meses anteriores al infarto.
4. Por otro lado se contactaron 30 pacientes que no hubieran sufrido ningún tipo de cardiopatía isquémica, pero que presentaran factores de riesgo, y que asistieran a consulta al CMN 20 de Noviembre.
5. Se les aplicaron individualmente las tres escalas antes mencionadas, pidiéndoles, en el caso del cuestionario de eventos de vida, que respondieron según los 6 meses anteriores a la aplicación.

Procesamiento de datos

1. Se calificaron los cuestionarios y se hizo el análisis estadístico correspondiente:
 - Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos, los factores de riesgo y las variables.
 - Se aplicó una prueba "t" para observar si existían diferencias significativas entre grupo, tanto en la GFP como en la SRRS.
 - Para la GFP se aplicó una prueba Kuder-Richarson para obtener coeficiente de confiabilidad.
 - En los resultados obtenidos en la SRRS se aplicó una prueba Alpha de Cronbach para obtener índice de confiabilidad.
 - Se aplicaron pruebas "t" por reactivo en la SRRS para observar si había diferencias significativas y ver de esta manera que reactivos discriminaban entre ambos grupos.
2. Los datos se presentaron por medio de gráficas y tablas, llegando por último a obtener la discusión y las conclusiones.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

La muestra constó de 60 sujetos, 30 con Infarto Agudo al Miocardio y los otros 30 con factores de riesgo cardiovascular. Las edades oscilaron entre los 40 y los 66 años de edad. La Media de edad entre los infartados es de 52.6 años.

Tabla 1. EDAD POR GRUPO.

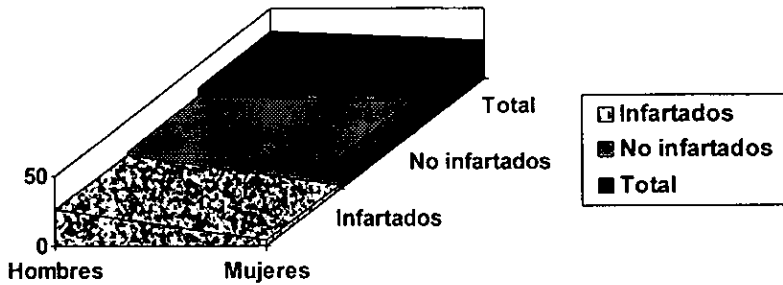
Edad	Infartados	No infartados	Total
40-45	4 (13%)	4 (13%)	8 (13%)
46-50	6 (20%)	5 (16%)	11 (18%)
51-55	12 (40%)	7 (23%)	19 (31%)
56-60	3 (10%)	5 (16%)	8 (13%)
61-65	5 (16%)	8 (26%)	13 (21%)
66-70	0	1 (3%)	1 (1%)

33 de los sujetos fueron hombres y 27 mujeres, distribuyéndose por grupo de la siguiente manera:

Tabla 2. SEXO POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Hombres	26 (86%)	7 (23%)	33 (55%)
Mujeres	4 (13%)	23 (76%)	27 (45%)

Gráfica 1. SEXO.



La ocupación de los sujetos fue variable, agrupándose en seis rubros:

Tabla 3. OCUPACIÓN POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Hogar	3	5	8 (13%)
Jubilado	2	7	9 (15%)
Técnico	0	2	2 (3%)
Comerciante	1	0	1 (1%)
Empleado	12 (40%)	8 (26%)	20 (33%)
Profesionista	11 (36%)	8 (26%)	19 (31%)
Sin respuesta	1	0	1 (1%)

El estado civil de los sujetos fue el siguiente:

Tabla 4. ESTADO CIVIL POR GRUPO.

Edo. Civil	Infartados	No infartados	Total
Saltero	3	5	8 (13%)
Divorciado	0	4	4 (6%)
Viudo	2	4	6 (10%)
Casado	25 (83%)	16 (53%)	41 (68%)
Separado	0	1	1 (1%)
Unión libre	0	0	0

La escolaridad de los sujetos se distribuyó de la siguiente manera:

Tabla 5. ESCOLARIDAD POR GRUPO.

Escolaridad	Infartados	No infartados	Total
Primaria	5	5	10 (16%)
Secundaria	3	2	5 (8%)
Preparatoria	3	11 (36%)	14 (23%)
Profesional	16 (53%)	9 (30%)	25 (41%)
Posgrado	3	3	6 (10%)

Así podemos observar que más del 50% de los sujetos infartados tenían una escolaridad de profesional, mientras que en los no infartados solo el 30% cayó en este rubro. El mayor porcentaje de los no infartados se concentra en escolaridad de preparatoria.

El número de hijos por sujeto se muestra en esta gráfica:

Tabla 6. NÚMERO DE HIJOS POR GRUPO.

# de hijos	Infartados	No infartados
0	1 (3%)	3 (10%)
1	2 (6%)	3 (10%)
2	9 (30%)	9 (30%)
3	5 (16%)	6 (20%)
4	7 (23%)	3 (10%)
5	1 (3%)	3 (10%)
6	0	2 (6%)
7	1 (3%)	1 (3%)
8	2 (6%)	0
12	1 (3%)	0
Sin respuesta	1 (3%)	0

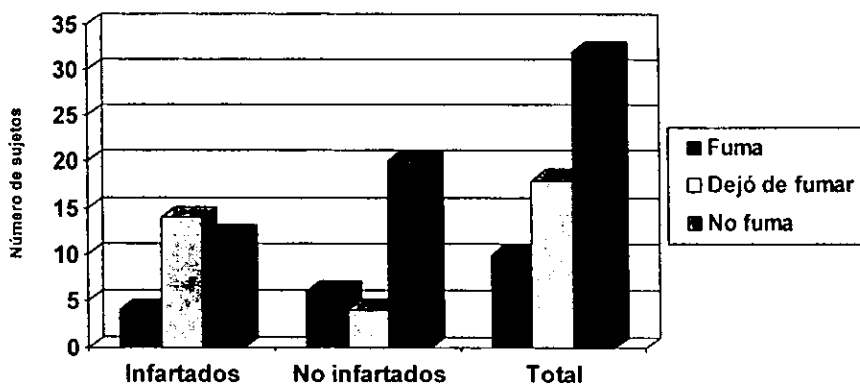
Podemos observar que el promedio de hijos en ambos grupos es de 3.

Con respecto a los factores de riesgo en tabaquismo se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 7. TABAQUISMO POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Fuma	4 (13%)	6 (20%)	10 (16%)
Dejó de fumar	14 (46%)	4 (13%)	18 (30%)
No fuma	12 (40%)	20 (66%)	32 (53%)

Gráfica 2. TABAQUISMO.



El tabaquismo estuvo presente en 18 (60%) de los treinta infartados (fumaban o habían dejado de fumar), en el caso de los no-infartados solo 10 (33%) sujetos fumaban o habían dejado de fumar.

Tabla 8. NÚMERO DE CIGARRILLOS POR DÍA POR GRUPO.

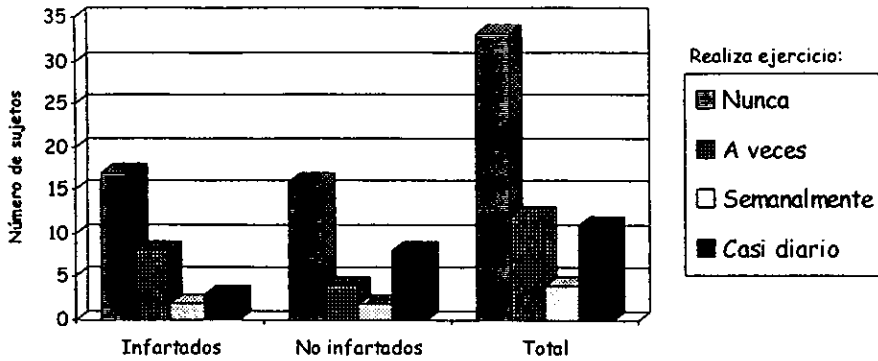
# de cigarrillos	Infartados	No infartados
0	12 (40%)	20 (66%)
2	0	1 (3%)
3	1 (3%)	0
4	1 (3%)	1 (3%)
5	1 (3%)	0
8	1 (3%)	1 (3%)
10	3 (10%)	1 (3%)
15	1 (3%)	1 (3%)
20	8 (26%)	2 (6%)
Sin respuesta	2 (6%)	3 (10%)

De acuerdo al número de cigarrillos que consumían al día fue menor la cantidad en el grupo de no-infartados que en el de infartados. En promedio los infartados consumen 8 cigarrillos al día, en tanto que los no-infartados consumen aproximadamente 3 cigarrillos diarios.

Tabla 9. EJERCICIO O DEPORTE POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Nunca	17 (56%)	16 (53%)	33 (55%)
A veces	8 (26%)	4 (13%)	12 (20%)
Semanalmente	2 (6%)	2 (6%)	4 (6%)
Casi diario	3 (10%)	8 (26%)	11 (18%)

Gráfica 3. SEDENTARISMO.

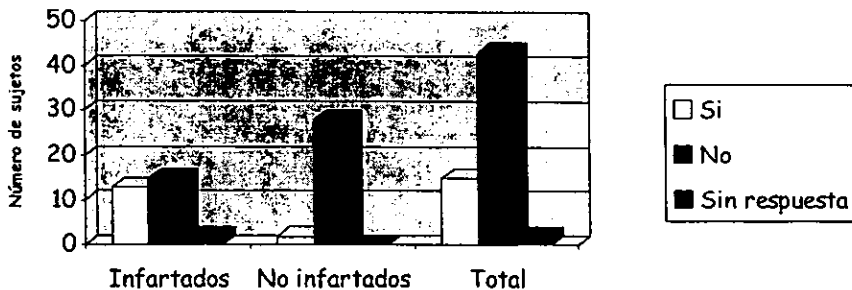


En cuanto a la vida sedentaria, 57% de los sujetos infartados no realizan ejercicio nunca, mientras que el 55% del total de los sujetos se encuentran en este mismo rubro.

Tabla 10. DIABETES POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Sí	13 (43%)	2 (6%)	15 (25%)
No	15 (50%)	28 (94%)	43 (71%)
Sin respuesta	2 (6%)	0	2 (3%)

Gráfica 4. DIABETES.

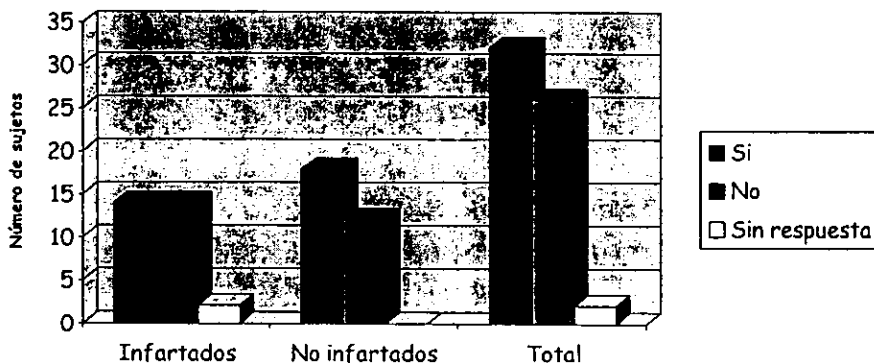


El porcentaje de pacientes que presentaron el factor de riesgo "diabetes", en el caso del grupo de infartados fue del 46%, mientras que en el caso de los no infartados fue del 7%.

Tabla 11. OBESIDAD POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Sí	14 (47%)	18 (60%)	32 (53%)
No	14 (47%)	12 (40%)	26 (43%)
Sin respuesta	2 (6%)	0	2 (3%)

Gráfica 5. OBESIDAD.

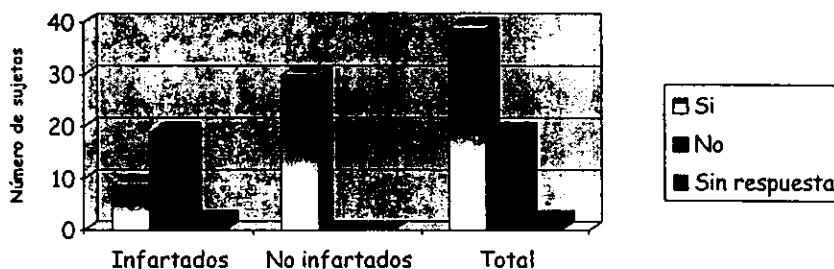


En cuanto al factor "sobrepeso", 50 % de los infartados se encontraban por arriba de su peso ideal, a diferencia de los no-infartados que fue un 60%.

Tabla 12. HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Sí	9 (30%)	30 (100%)	39 (65%)
No	19 (63%)	0	19 (31%)
Sin respuesta	2 (6%)	0	2 (3%)

Gráfica 6. HIPERTENSIÓN.



En el caso de la hipertensión arterial, debido a que se tomaron pacientes de la clínica de hipertensos, la totalidad de los no-infartados aparecen con este factor, mientras que los infartados solo el 32%.

Tabla 13. COLESTEROL POR GRUPO.

	Infartados	No infartados	Total
Sí	12 (40%)	7 (23%)	19 (31%)
No	16 (53%)	23 (76%)	39 (65%)
Sin respuesta	2 (6%)	0	2 (3%)

Gráfica 7. COLESTEROL.



En el factor "colesterol", el 43% de los infartados lo presentaron, y el 23% de los no-infartados.

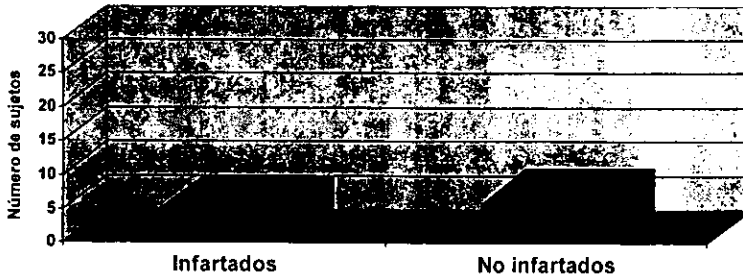
Para medir patrón de conducta tipo A se utilizó la guía de factores de personalidad anteriormente mencionada. Según el análisis de frecuencias por grupo se obtuvo las siguientes tablas.

Tabla 14. GUIA DE FACTORES DE PERSONALIDAD (GFP). TOTAL DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR GRUPO.

# de respuestas "verdadero"	Infartados	No infartados	Total
0-10	8	5	13
11-21	17	19	36
22-32 ¹	4	5	9
33-43	1	1	2
Total de sujetos con tipo A	5 (16.6%)	6 (20%)	11 (18.3%)

¹ A partir de este rango de respuestas "verdadero" se considera el Patrón de Conducta Tipo A (Casamadrid, 1989).

Gráfica 8. (GFP) TOTAL DE SUJETOS CON PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A.



Con 22 o más respuestas "verdadero" se considera patrón de conducta tipo A por lo tanto solo el 16.6% de los infartados (5 sujetos) y 20% de los no infartados (6 sujetos) presentaron este patrón de conducta.

Gráfica 9. (GFP) TOTAL DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR GRUPO.

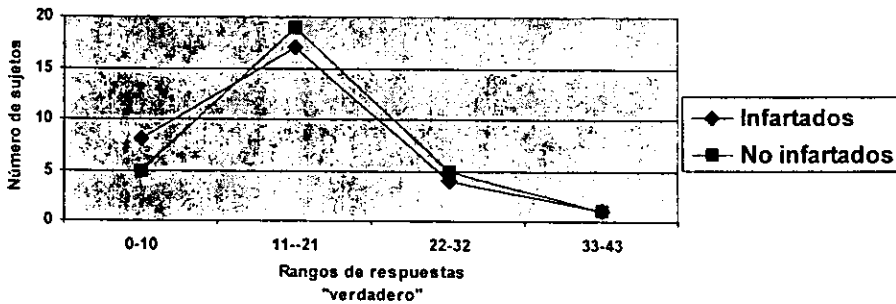
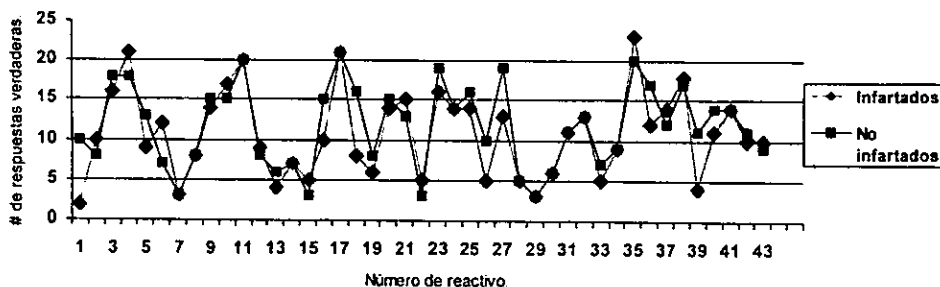


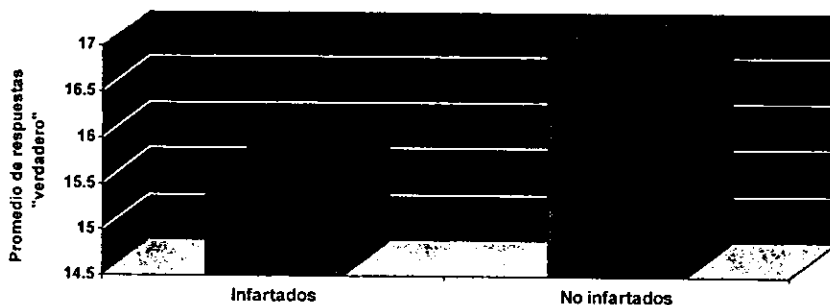
TABLA 15. GUIA DE FACTORES DE PERSONALIDAD (GFP). SUMATORIA DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR GRUPO.

	Infartados	No infartados
Total	466	507
X	15.53	16.90

Gráfica 10. (GFP) SUMATORIA DE RESPUESTAS "VERDADERO" POR REACTIVO.



Gráfica 11. (GFP) MEDIAS DE LAS RESPUESTAS "VERDADERO" POR GRUPO.



El promedio de respuestas "verdadero" en el grupo de infartados fue 15.53. mientras que en el grupo de no infartados fue de 16.90.

Se obtuvo una prueba de Levene's de $F=.031$ $P=.860$ con una T value de $-.68$, con grados de libertad de 57.91 y un nivel de significancia de .502. Lo que nos indica que no existen diferencias significativas entre los grupos en este cuestionario, a pesar de que en general fueron más elevados los puntajes en el grupo de pacientes no

infartados. Los reactivos que fueron respondidos por la mitad o más de la mitad de los sujetos infartados con "verdadero" fueron los siguientes: (se subrayan los que se encuentran por arriba de 20)

3. Casi siempre que mi interlocutor hace una pausa buscando una palabra yo se la digo

4. Por lo común los choferes de hoy en vez de manejar embisten con su automóvil

10. Muevo mucho las manos al hablar

11. Me han dicho que siempre ando a las carreras

17. Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas

21. La mayoría de la gente que presume de disfrutar las cosas que hace esta mintiendo

23. La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera

35. A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez

38. La infidelidad matrimonial es la más común

En el grupo de no infartados los reactivos que fueron respondidos por el 50 ó más del 50% de los sujetos fueron los siguientes: (se subrayan los que se encuentran por arriba de 20)

3. Casi siempre que mi interlocutor hace una pausa buscando una palabra yo se la digo

4. Por lo común los choferes de hoy en vez de manejar embisten con su automóvil

9. La mitad de la gente hace ciertas cosas para evitar hacer otras
10. Muevo mucho las manos al hablar
11. Me han dicho que siempre ando a las carreras
16. Por lo general las cajeras son lentas
17. Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas
18. Sé que mis ironías molestan a mucha gente
20. Reacciono más rápido que la mayoría de la gente que conozco
23. La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera
25. Los ruidos súbitos me sobresaltan
27. Me han dicho que soy dominante y mandón
35. A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez
36. Me han dicho que alzo la voz innecesariamente
38. La infidelidad matrimonial es la más común

En promedio de ambos grupos, los reactivos que tuvieron el mayor número de respuestas verdaderas fueron los siguientes: (se subrayan los que se encuentran por arriba de 20)

3. Casi siempre que mi interlocutor hace una pausa buscando una palabra yo se la digo
4. Por lo común los choferes de hoy en vez de manejar embisten con su automóvil
10. Muevo mucho las manos al hablar
11. Me han dicho que siempre ando a las carreras
17. Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas
23. La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera

- 25. Los ruidos súbitos me sobresaltan
- 27. Me han dicho que soy dominante y mandón
- 35. A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez
- 38. La infidelidad matrimonial es la más común

Teniendo como fin observar el comportamiento de la muestra en los resultados de la GFP-43, se aplicó la prueba Kuder-Richardson en la cual se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .96, siendo este considerado como elevado.

Los datos obtenidos en el cuestionario de reajuste social fueron los siguientes:

Tabla 16. ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL (SRRS). SUMATORIA DE RESPUESTAS POR GRUPO.

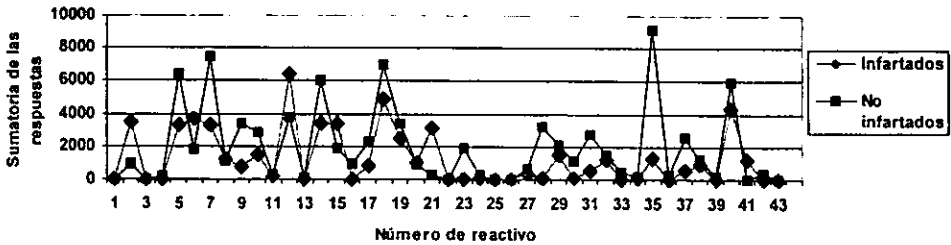
Niveles de puntaje total	Infartados	No infartados
Bajos 0-2583	23 (76.6%)	15 (50%)
Medios 2584-5167	6 (20%)	11 (36.6%)
Altos 5168-7751	1 (3.3%)	4 (13.3%)

La mayor parte de los sujetos de la muestra tanto infartados como no infartados respondieron dentro del nivel bajo de puntaje. En el grupo de no infartados se encuentran más sujetos con sumatorias de niveles medios y altos.

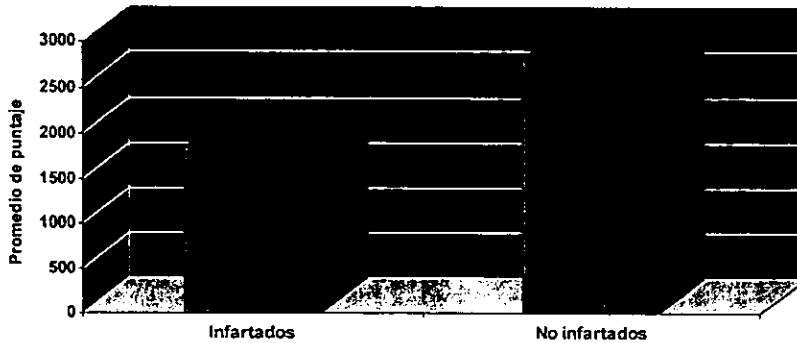
Tabla 17. ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL (SRRS). SUMATORIA DE RESPUESTAS POR GRUPO.

	Infartados	Media	No infartados	Media
Total	55500	1850	84845	2828.1

Gráfica 12. (SRRS) SUMATORIA DE RESPUESTAS POR REACTIVO.



Gráfica 13. (SRRS) MEDIA DE PUNTAJE POR GRUPO.



Los sujetos infartados respondieron con puntajes más altos a reactivos como el 12, el 18 y el 40. Mientras que los no infartados respondieron con puntajes más elevados a las preguntas: 5, 7, 14, 18, 35, 40. Se puede ver que coinciden la 18 y la 40

en ambos grupos, que se refieren a los eventos: cambio importante en la situación financiera y vacaciones respectivamente.

Observamos que los sujetos infartados obtuvieron en promedio calificaciones de 1850 puntos en este cuestionario, mientras que los no infartados en promedio obtuvieron calificaciones de 2828 puntos.

Los datos totales presentan diferencias significativas entre grupos obteniéndose una T-value de -2.23 con grados de libertad 58 y un nivel de significancia de .029, con puntajes más elevados en el grupo de no infartados.

Los reactivos que presentan diferencias significativas entre grupos fueron los siguientes:

Tabla 18. PRUEBA T, REACTIVOS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE GRUPOS.

Número de reactivo	Valor de T	Grados de Libertad	Nivel de significancia
7	-2.42	54.65	.019
9	-2.25	58	.028
21	2.04	58	.046
28	-2.41	58	.019
35	-3.84	58	.000

Para La Escala de Reajuste Social se aplicó una prueba Alpha de Cronbach con la cual se obtuvo una confiabilidad de .6843 considerada como moderada.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar si existían diferencias entre los acontecimientos vitales de un grupo de pacientes infartados (30 sujetos) y otro grupo de pacientes con factores de riesgo (30 sujetos), esto con el propósito de encontrar una posible influencia de dichos acontecimientos sobre la enfermedad isquémica miocárdica. Parte de la hipótesis que se encontrarían mayores eventos estresantes de vida en el grupo de pacientes infartados. No se pudo llegar a determinar que existiera una posible influencia de los eventos de vida en la enfermedad coronaria, ya que se observó que efectivamente existían diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del cuestionario de acontecimientos vitales (SRRS) de ambos grupos, pero a diferencia de lo esperado, los datos fueron más elevados en el grupo de pacientes no infartados.

Con respecto a los factores de riesgo, en nuestra muestra se encontró que la edad promedio de los infartados era de 52.6 años, concordante con la bibliografía (Rivera Carreño, 1979) la mayoría de los infartados pertenecían al sexo masculino (86.6%), 32.1% padecía de hipertensión arterial, 60% fumaba o había dejado de fumar, 46.6% tenía diabetes, 50% sufría de exceso de peso, 56.6% no realizaba ejercicio nunca y solo el 16.6% tenía Patrón de Conducta Tipo A.

Muchas de las investigaciones alrededor del tema de los factores psicológicos en la cardiopatía isquémica han sido encaminadas hacia factores de personalidad, así, el "Patrón de Conducta Tipo A" ha sido ampliamente estudiado como factor importante de riesgo. Por esta razón en el presente trabajo se incluyó un instrumento que pretendía medir este rasgo de conducta (GFP-43), con el propósito de indagar si los sujetos presentaban o no esta línea de comportamiento.

En 1979 Rivera realizó un estudio en el que observó que el 19% de su muestra de varones infartados no tenían razón médica para infartarse y además se infartaban prematuramente, concluyendo de esto, que no se descartaban los factores médicos como provocadores de la enfermedad isquémica, que se creía que estos actuaban como condición necesaria, pero que el factor precipitante y la condición para el ataque cardiaco era el patrón de conducta tipo A. En 1981 en el *Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease* (citado por Moller y Botha, 1996), fue aceptado el patrón de conducta tipo A como factor de riesgo para desarrollar enfermedad coronaria, siendo considerado este como independiente de los otros factores de riesgo. A pesar de todo lo anterior, en la investigación aquí presentada no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (pero se observó una tendencia hacia el grupo de no infartados) en la guía de factores de personalidad (GFP). Creemos que esto indica, que el patrón de conducta tipo A podría no ser una característica exclusiva de los pacientes infartados (no en esta muestra) y que los sujetos de esta muestra tanto infartados (83.3%) como no infartados (80%), en su mayoría, no presentaron este rasgo de conducta. En el estudio de Casamadrid Pérez (1989) se menciona que el patrón de conducta tipo A podría ser una causa suficiente, aunque no necesaria para promover el infarto, ya que el 24% de los sujetos infartados de su investigación no presentaron esta línea de conducta, ni ningún otro

factor considerado de riesgo, que pudiera dar una explicación el porqué del infarto, y sin embargo lo presentaban. Como podemos observar en ambos estudios existen sujetos que sin presentar el patrón de conducta tipo A se infartaron.

En el estudio realizado por el autor de la GFP (Casamadrid, 1989), se plantea que la media en su grupo de sujetos infartados fue de 21.99 respuestas verdaderas, mientras que en los resultados de esta investigación la media en el grupo infartados fue de 15.53 y en el grupo de no infartados fue de 16.90. En la presente investigación sólo el 16.6% (5 pacientes) de los sujetos infartados presentaron puntajes mayores a 22 respuestas "verdadero" (las necesarias de acuerdo el autor para considerarse dentro de este patrón de conducta), mientras que en el grupo de pacientes no infartados la cifra fue de 20% (6 pacientes). A diferencia del estudio realizado por Casamadrid, en este observamos que el porcentaje de sujetos infartados que sí presentaron patrón de conducta tipo A (16.6%) es mucho menor que el de los sujetos que no la presentaron (83.3% infartados). El coeficiente de confiabilidad obtenido por Casamadrid (1989) fue de 0.81 y 0.86, mientras que el obtenido en esta investigación fue de 0.96.

En el presente estudio se observó por medio de la GFP, que los factores más presentados en ambos grupos fueron: "agresividad verbal y apresuramiento" (Casamadrid, 1989) y "motivación hostil y competitividad" (Casamadrid, 1989), pero en mayor medida en el grupo de pacientes no infartados. El rasgo menos presentado por los dos grupos fue la "anticipación a la frustración proveniente del medio o de un prójimo devaluado" (Casamadrid, 1989). Existen solo dos ítems que estuvieron más presentes en el grupo de pacientes infartados, el primero referente a "anticipación a la frustración proveniente del medio o de un prójimo devaluado" y el segundo

referente a "motivación hostil y competitividad". En cambio, en el grupo de no infartados fueron siete los reactivos que estuvieron más presentes, comparado con el otro grupo, tres referentes a "agresividad verbal y apresuramiento", uno referente a "anticipación a la frustración proveniente del medio o de un prójimo devaluado" y tres más referentes a "motivación hostil y competitividad". Esto se podría interpretar como que existe en el grupo de hipertensos, más que en el grupo de infartados, mayor tendencia hacia todos los rasgos que pretende medir este cuestionario, pero sobretodo hacia la agresividad verbal y el apresuramiento.

A partir de lo dicho por Casamadrid (1989), al principio de esta investigación surge la pregunta de qué otros elementos, que no hubieran sido suficientemente estudiados, podrían estar antecediendo o desencadenando el infarto, además de los ya conocidos factores de riesgo físicos y el patrón de conducta tipo A. Se pensó que los acontecimientos vitales podrían ser uno de estos elementos buscados. Suposición que no se pudo llegar a confirmar debido a lo que a continuación se presenta.

La Escala de Evaluación de Reajuste Social (The Social Readjustment Rating Scale, SRRS) es un intento de estimar la magnitud de algunos eventos vitales que se sospechaba que antecedian al inicio de una enfermedad o agravaban el curso de una enfermedad establecida. El grupo de no infartados, que obtuvieron mayores puntuaciones en el cuestionario, estaba constituido por sujetos con factores de riesgo, todos hipertensos esenciales, este pudo haber sido un factor que influyera en los resultados, por no haber un grupo de sujetos "totalmente" sanos. En general el promedio de tiempo de evolución de la hipertensión era mucho mayor a seis meses, por esta razón y de acuerdo a lo planteado por el SRRS, los acontecimientos no podrían estar antecediendo a la hipertensión arterial en este grupo, pero si podrían

estar agravándola, lo cual tampoco se puede asegurar ya que dentro de ese grupo también existen sujetos con otros factores de riesgo entremezclados. En el caso del grupo de infartados no se podría establecer una relación estrecha entre estos eventos y la enfermedad, a pesar de que los puntajes son mucho más elevados a los planteados por Wyler, Masuda y Holmes.

Holmes y Masuda (1974) concluyen que: mientras mayor sea la magnitud del cambio de vida (crisis vital), mayor será la probabilidad de que este cambio de vida esté asociado con el comienzo de la enfermedad, y mayor será la probabilidad de que la población en riesgo experimente la enfermedad (citado por S. Dohrenwend, Krasnoff, B. Dohrenwend y Askenasy, 1978). De acuerdo a esto sería posible llegar a pensar que la población en riesgo, o sea el grupo de no infartados con factores de riesgo, que obtuvieron puntajes más elevados en el cuestionario, podría estar en peligro de tener un infarto, pero esto sólo es especulación si no es respaldado por los resultados del grupo de pacientes infartados. Se tendría que esperar a ver cuántos de los pacientes con factores de riesgo se infartan y en cuánto tiempo. Se podría pensar que un factor que vino a influir en este punto, fue el tiempo a considerar para responder el cuestionario.

En la práctica clínica, los pacientes infartados frecuentemente refieren acontecimientos estresantes como jubilación o duelo anteriores a la enfermedad, pero estos muchas veces podrían estar sucediendo fuera de los seis meses considerados para responder el cuestionario de la SRRS.

Bruner, Acuña y Gallardo nos dicen que la suma de los puntajes del LCU's (Life Change Unit, Unidad de Cambio de Vida) de la SRRS mostró validez para predecir

tanto el inicio como la gravedad de una enfermedad subsecuente. Holmes (1978), reseña un trabajo realizado por Rahe, en el cual aproximadamente 30% de los sujetos con puntaje bajo de LCU's, 50% de los que acumularon un puntaje intermedio y 80% de los que acumularon un puntaje alto, contrajeron una enfermedad (citado por Bruner, Acuña y Gallardo, 1994). En esta investigación retrospectiva nunca sabremos cuantos de los sujetos con puntajes altos y bajos se infartarán, pero si sabemos que la mayoría de los sujetos tanto infartados (76.6%) como no infartados (50%), diferente a lo que se pudiera creer después de leer lo dicho por Holmes (1978), cayeron en la categoría de puntajes bajos (0-2583), según las categorías establecidas para esta muestra. Se podría creer también, que sería mayor el porcentaje de sujetos no infartados que de sujetos infartados que caerían en este grupo, sin embargo es al contrario, el porcentaje de infartados fue mayor.

En el presente trabajo se obtuvieron puntajes brutos mucho más elevados de los que proponen estos autores, estos oscilan entre 0 y 7750. Para responder el cuestionario se les pide a los sujetos que tomen como punto de partida el matrimonio, al cual, en la investigación realizada por los autores del instrumento (Holmes y Rahe), se le asignó el valor de 500 puntos. De esta manera, es común que los sujetos respondan, en su mayoría, con puntajes que van de 0 a 1000, por lo que al realizar la sumatoria y obtener el puntaje total bruto, se dan cifras mucho más elevadas a las mencionadas anteriormente.

Secin en 1983 realiza una investigación aplicando una versión modificada del SRRS en una muestra de pacientes neoplásicas, en la cual encontró que los acontecimientos más frecuentemente reportados, así como los que causaron más tensión fueron: necesidad de hospitalización, cambios económicos significativos y

cambios en el hábito de dormir. En el presente trabajo los reactivos que puntuaron más alto en el grupo de pacientes infartados fueron los siguientes: 12, 18 y 40. Que corresponden a: logros personales sobresalientes, cambio importante en la situación financiera y vacaciones. Mientras que los sujetos no infartados respondieron con puntajes más elevados a las preguntas: 5, 7, 14, 18, 35 y 40 que se refieren respectivamente a: cambio importante en los hábitos de sueño, cambio importante en los hábitos alimenticios, cambio importante en la salud de un miembro de la familia, cambio importante en la situación financiera, enfermedad o lesión personal grave y vacaciones. En el grupo de no infartados, conformado por pacientes hipertensos, se cree que puntúan más alto reactivos que tienen estrecha relación con características específicas de la enfermedad, por ejemplo, los cambios en los hábitos de sueño y en los hábitos alimenticios pueden ser comunes en esta enfermedad, pueden presentar ciclos de sueño-vigilia alterados y, por recomendaciones médicas, modificaciones en su alimentación. Con respecto al reactivo "enfermedad o lesión personal grave", los pacientes podrían estar refiriéndose a su hipertensión y por tanto puntuar alto en este evento, en el caso de los pacientes infartados las instrucciones dadas indicaban dejar fuera de puntuación al infarto, tomándose en consideración sólo los seis meses anteriores a este. El reactivo de "logros personales sobresalientes" fue respondido con puntajes altos sólo por el grupo de infartados, esto nos podría estar hablando de la competitividad, supuestamente significativa en este grupo de pacientes, además de una capacidad de registro específica de este tipo de eventos. Como podemos observar los reactivos que coinciden en ambos grupos son: cambio importante en la situación financiera y vacaciones, a pesar de que no podemos saber la dirección de las respuestas con relación a la situación financiera, esto es, no podemos saber si las puntuaciones altas se refieren al cambio positivo o negativo en la situación financiera, si pensamos en la situación económica por la que atraviesa el país actualmente, no

parece extraño pensar que en general los pacientes pudieran responder a este reactivo en forma negativa como lo podría hacer la mayoría de los mexicanos. Con respecto al evento "vacaciones" se podría pensar que tiene relación con la época del año en la que se aplicó la mayoría de los cuestionarios; precisamente después de la temporada vacacional de Verano. De cualquier modo, ambos eventos parecen implicar cambios importantes en la vida de los sujetos de la muestra, infartados o no.

Algunos autores (Holmes y Masuda, 1974) mantienen la teoría de que cualquier cambio, sea positivo o negativo, puede tener un efecto estresante (citado por Lazarus y Folkman, 1986). En el SRRS se incluyen reactivos que hablan de eventos que podrían ser considerados positivos y negativos, de hecho, logros personales sobresalientes y vacaciones (reactivo 12 y 40), fueron de los eventos más altos en el grupo de infartados dentro de esta investigación.

Zautra, Guarnaccia y Dohrenwend (1986) piensan que el concepto de umbral de estrés debe de ser analizado cuidadosamente en referencia a los eventos de vida, tomando en cuenta tanto los pequeños como los grandes estresores, y aunque parece difícil que alguien, además del sujeto mismo que lo sufre, pueda establecer si el estresor es grande o pequeño, si se toman en cuenta clasificaciones como la de Lazarus y Cohen (1977) que hablan de tres tipos de acontecimientos, estímulos inductores de estrés o estresores que son los: cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas), cambios mayores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y, en tercer lugar, los ajetreos diarios (citado por Lazarus y Folkman, 1986), nos damos cuenta de que sería muy interesante considerar para nuevos estudios a estos últimos, ya sea a partir de los "cambios", o a partir de la

"acumulación", sin dejar de tomar en cuenta la subjetividad que el umbral de estrés conlleva.

La taxonomía de estímulos estresantes del cuadro médico del Psychosocial Assets and Modifiers of Stress in the Institute of Medicine (Elliot y Eisdorfer, 1982, citado por Lazarus y Folkman, 1986), como se menciona en la pag. 20 y 21 del presente trabajo, considera que existen estresantes agudos, secuencias estresantes, estresantes crónicos intermitentes y estresantes crónicos. Los estresantes que en esta taxonomía son llamados crónicos al igual que los ajetreos diarios que plantean Lazarus y Cohen (1977), podrían ser importantes en la muestra de infartados y puntos de interés para crear una nueva línea de investigación.

Conclusión

- No se pudo llegar a determinar que existiera una influencia de los eventos de vida en la enfermedad isquémica miocárdica, ya que efectivamente existían diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del cuestionario de acontecimientos vitales (SRRS) de ambos grupos, pero a diferencia de lo esperado, los datos fueron más elevados en el grupo de pacientes no infartados.
- Los eventos que más estrés de vida causaron en el grupo de infartados fueron: logros personales sobresalientes, cambio importante en la situación financiera y vacaciones.
- No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la guía de factores de personalidad (GFP), pero los datos fueron más elevados en el grupo de no infartados.
- La mayoría de los sujetos de la muestra no presentó patrón de conducta tipo A, este sólo se observó en la sexta parte de los pacientes infartados.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Limitaciones

- Debido a que este es un estudio retrospectivo, uno se topa tarde o temprano con las limitantes que pueden acompañar a este tipo de trabajo, por ejemplo, el hecho de que el recuerdo de la percepción de los sucesos pudo haberse modificado a través del tiempo, sobre todo posterior a un suceso de la magnitud de un infarto.
- En el presente trabajo no fueron considerados los ajetreos diarios, ni los estresantes crónicos, y se piensa que estos dos tipos de eventos podrían estar influyendo en la muestra de infartados.
- Se podría pensar que un factor que intervino en la investigación, fue el tiempo a considerar para responder el cuestionario. En la práctica clínica, los pacientes infartados frecuentemente refieren acontecimientos estresantes como jubilación o duelo anteriores a la enfermedad, pero estos muchas veces podrían estar sucediendo fuera de los seis meses considerados para responder el cuestionario de la SRRS.
- Al aplicar la SRRS se observó que los sujetos presentaban problemas para comprender las instrucciones, así, se les tuvo que explicar numerosas veces, incluso una vez ya comenzada la aplicación. Con esto como antecedente podemos pensar que las respuestas proporcionadas por los sujetos son muy subjetivas y están en estrecha relación a lo que el paciente logró comprender acerca de las instrucciones y de lo que el cuestionario intenta medir.
- Debido a la dificultad para contactar pacientes infartados el muestreo que se realizó no fue aleatorio, fue un muestreo no probabilístico, intencional y por cuota, además de que la muestra estuvo integrada por un número muy pequeño de sujetos.

Por ambas razones los datos obtenidos en esta investigación no pueden ser generalizables.

Sugerencias

- Formar un grupo de comparación con sujetos totalmente "sanos" que se pueda tomar como grupo de control.
- Sería propicio aumentar el tiempo que se les pide a los sujetos que consideren para responder la SRRS, de seis meses a un año.
- Abrir una línea de investigación con pacientes infartados que considere tanto los ajetreos diarios como los estresantes crónicos (microestresores).
- Es muy importante hacer modificaciones a las instrucciones del instrumento SRRS tratando de hacerlas más comprensibles para este tipo de población.
- Aumentar el número de sujetos de la muestra.

BIBLIOGRAFÍA

- Brown, G. (1981). Life events, psychiatric disorder and physical illness. Journal of psychosomatic research. 25 (5), 461-473.
- Bruner, C.A., Acuña, L. y Gallardo, L.M. (1994). La Escala de Reajuste Social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. Revista Latinoamericana de Psicología. 26 (2), 253-269.
- Cárdenas, G., Vite, A., Aduna, A., Echeverría, L. y Ayala, H. (1993). Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol. Revista intercontinental de psicología y educación. 6 (1) (2), 195-205.
- Carral, R. (1964). Semiología cardiovascular. México: Interamericana.
- Casamadrid, M. (1989). Infarto al miocardio: opción o designio. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Chávez, R. (1993). Cardiología. Vol. 2. México: Panamericana.
- Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R. y Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The peri life events scale. Journal of Health and Social Behavior. 19 (Junio), 205-229.
- Espino, J. (1990). Introducción a la cardiología. México: Méndez-Otero/Méndez-Hernández.
- Fernández, A. (1968). Fisiopatología clínica y diagnóstico semiológico. Barcelona: Científica médica.
- Guyton, A. (1963). Tratado fisiología médica. México: Interamericana.
- Ham, A. y Leeson, T. (1963). Tratado de histología. México: Interamericana.

- Ibarra, E., Ramírez, L. y Almanza, J. (1997, Julio). Prevalencia de Depresión y Ansiedad en Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Hospital Central Militar. Trabajo presentado en El 1er Congreso Internacional de Psiquiatría de enlace. México.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. España: Martínez Roca.
- Maier, S. y Laudenslager, S. (1985). Stress and health: Exploring the links. Psychology Today. 19 (8), 44-49.
- Martínez, M. (1983). Psicogénesis y terapéutica del infarto al miocardio. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Moller, A. y Botha, H. C. (1996). Effects of a group rational emotive behavior therapy program on the type A behavior pattern. Psychological Reports. 78, 947-961.
- Quiroz, F. (1962). Tratado de anatomía humana. México: Purrúa.
- Rahe, R.H. (1989). Anxiety and Coronary Heart Disease in Midlife. J Clin Psychiatry. 50 (11, Suppl), 36-39.
- Richard, H. y Rahe, M.D. (1989). Anxiety and Coronary Heart Disease in Midlife. J Clin Psychiatry. 50 (11, Suppl), 36-39.
- Rivera, A., Vollmer, P., Aravena, R., Carmona, A. (1985). Escala de Evaluación del Reajuste Social de Holmes y Rahe: Validación para una población de estudiantes y empleados chilenos. Estudio Piloto. Revista de Psiquiatría Clínica. 22 (1), 113-123.
- Rivera, N. (1979). Un estudio estadístico sobre algunas variables relacionadas al infarto. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Rodes, J., Guuardia, J. y Arroyo, V. (1993). El manual de medicina. Barcelona: Salvat.
- Secín, R. (1983). Eventos de la vida y cáncer. Tesis para obtener el grado de Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.
- Secín, R. (1984). Acontecimientos vitales y enfermedad neoplásica. Salud Mental. 7 (4), 67-70.

Sokolow, M. (1992). Cardiología clínica. México: Manual moderno.

Zautra, A., Guarnaccia, C. y Dohrenwend, B.P. (1986). Measuring Small Life Events. American Journal of Community Psychology. 14 (6), 629-655.

Zavala, M. y colaboradores. (1991). Manual de trabajo fisiología. México: Universidad Autónoma de Guadalajara.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL

"El reajuste social incluye la intensidad y la duración del cambio en los patrones acostumbrados de vida como resultado de vivir ciertas experiencias". Es decir el reajuste social mide la intensidad y duración del tiempo necesario para adaptarse a un evento de la vida, sin importar si el evento es deseable o no.

A usted se le pide que juzgue una serie de eventos, de acuerdo al grado relativo que necesitó para el reajuste. Para responder piense en los últimos seis meses.

Algunas personas se adaptan más rápidamente que otras; algunas personas se ajustan con particular facilidad o dificultad sólo a ciertos eventos. Por lo tanto trate de dar su opinión del grado de reajuste que necesitó para cada evento.

Los criterios para calificar son los siguientes: Si el evento no le sucedió, debe usted poner el número 0 en el espacio en blanco. Si el evento sí le sucedió, los parámetros para asignarle valores son los siguientes: al evento = matrimonio, le ha sido asignado arbitrariamente el valor de 500. En la medida en que va evaluando cada uno de los eventos, piense: "¿ Implicó este evento un menor o mayor reajuste que el matrimonio ?". "¿ Se logró el reajuste en mayor o menor tiempo (que el matrimonio)?". Si usted decide que el reajuste fue más intenso y prolongado, entonces seleccione un número proporcionalmente mayor y escríbalo en el espacio en blanco que corresponde al evento, en la columna titulada "VALORES". Si usted decide que el evento representó un reajuste menor y más corto que el matrimonio, indique qué tanto menos, escribiendo un número proporcionalmente menor, en el espacio en blanco correspondiente. (Si un evento requirió un reajuste intenso en un período de tiempo corto, éste puede aproximarse en valor a un evento que requirió un reajuste menos intenso pero por un período más largo de tiempo). Si el evento fue igual en reajuste social al matrimonio, escriba el número 500 en el espacio en blanco correspondiente.

EVENTOS	VALORES
1. Matrimonio.	—
2. Problemas con el jefe.	—
3. Encarcelamiento (o confinamiento en una institución)	—
4. Muerte del esposo .	—
5. Cambio importante en los hábitos de sueño (dormir mucho más o mucho menos, o cambio en los horarios de sueño).	—
6. Muerte de un familiar cercano.	—
7. Cambio importante en los hábitos alimenticios (mucho mayor o menor consumo de alimentos, o muy diferente horario o lugar de las comidas).	—
8. Pago por anticipado de hipoteca o préstamo.	—
9. Revisión de hábitos personales (formas de vestir, costumbres, amistades, etc.).	—
10. Muerte de un amigo cercano .	—
11. Violaciones menores a la ley (infracciones de tránsito).	—
12. Logros personales sobresalientes.	—
13. Embarazo.	—
14. Cambio importante en la salud de un miembro de la familia (cambio en la salud o en la conducta).	—
15. Dificultades sexuales.	—

16. Problemas con parientes políticos. _____
17. Cambio importante en el número de reuniones familiares (mucho más o mucho menos que lo usual). _____
18. Cambio importante en la situación financiera (mucho mejor o peor que lo usual). _____
19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia (adopción, nacimiento, llegada de abuelos). _____
20. Cambio de lugar de residencia. _____
21. Hijo o hija que se va del hogar (matrimonio, ingreso a la universidad, etc.) . _____
22. Separación matrimonial (o de la pareja). _____
23. Cambio importante en prácticas religiosas (mucho más o mucho menos que lo usual). _____
24. Reconciliación matrimonial (o de la pareja). _____
25. Despido del trabajo . _____
26. Divorcio. _____
27. Cambio a un nuevo tipo de trabajo. _____
28. Cambio significativo en la frecuencia de discusiones con el esposo(a) o la pareja (aumento o disminución significativa, concerniente a crianza de los niños, hábitos personales, etc.). _____
29. Cambio importante de responsabilidades en el trabajo (promoción, transferencia, baja de categoría, etc.). _____
30. Esposa empieza o deja de trabajar. _____
31. Cambio importante en las condiciones u horario de trabajo. _____
32. Cambio importante en actividades recreativas (de tipo o cantidad). _____
33. Adquirir hipoteca para comprar casa, negocio, etc. _____
34. Adquirir un préstamo (para comprar coche, aparato eléctrico, etc.). _____
35. Enfermedad o lesión personal grave. _____
36. Reajuste mayor en el negocio (reorganización, bancarrota, etc.). _____
37. Cambio importante en actividades sociales (clubs, bailes, cine, visitas). _____
38. Cambio importante en las condiciones de la vivienda (construir una nueva casa, remodelación, deterioro de la casa o colonia). _____
39. Jubilación. _____
40. Vacaciones. _____
41. Navidad. _____
42. Cambio de escuela. _____
43. Inicio o terminación de estudios. _____

Anexo 2

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M ___ F ___ Ocupación: _____

Estado Civil: Soltero ___ Casado ___
Divorciado ___ Separado ___
Viudo ___ Unión libre ___

Escolaridad: Primaria ___ Profesional ___
Secundaria ___ Posgrado ___
Preparatoria ___

Tiene hijos: Si ___ Cuantos ___
No ___

Estatura: _____ Peso: _____

Infarto al Miocardio: Si ___ Fecha: Mes _____
No ___ Año _____

Anterior al infarto había usted sufrido de algún padecimiento cardiaco:
Si ___ Cuál _____
No ___ Hace cuánto tiempo _____

Fuma: Si ___ Cuántos cigarros al día _____
Dejó de fumar ___ Hace cuánto tiempo _____
No ___

Hace ejercicio o deporte: Nunca ___
A veces ___
Semanalmente ___
Casi diario ___

Padece usted: Hace Cuánto:
Diabetes ___ _____
Obesidad ___ _____
Hipertensión arterial ___ _____
Colesterol elevado ___ _____

Otros _____

PCTA: _____

GUIA DE FACTORES DE PERSONALIDAD - 43

Las preguntas que siguen pretenden explorar las relaciones de su comportamiento con su salud.

Cuando alguna pregunta se refiera a una situación que usted no ha experimentado, o cuando no pueda recordar con exactitud, por favor tache la opción "?". Cuando lo que dice la pregunta sea verdadero para usted tache la "V". Si es falso tache la "F".

Si tiene alguna duda, pregunte ahora. Si no, por favor empiece.

- | | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 1. | Es perfectamente justificable alzar la voz si el otro no entiende..... | F | ? | V |
| 2. | Cuando llego a una ventanilla oficial, ya se que me van a tratar de mala gana..... | F | ? | V |
| 3. | Casi siempre que mi interlocutor hace una pausa buscando una palabra, yo se la digo..... | F | ? | V |
| 4. | Por lo común, los chóferas de hoy, en vez de manejar en isten con su automóvil..... | F | ? | V |
| 5. | Es muy difícil tenerle paciencia a la mayoría de la gente..... | F | ? | V |
| 6. | Me da la impresión que le provoco agresividad a mucha gente..... | F | ? | V |
| 7. | Cuando me interrumpen en algo importante, siento ganas de insultar..... | F | ? | V |
| 8. | Un buen empleado se lleva el trabajo a su casa..... | F | ? | V |
| 9. | La mitad de la gente hace ciertas cosas para evitar hacer otras..... | F | ? | V |
| 10. | Muevo mucho las manos al hablar..... | F | ? | V |
| 11. | Me han dicho que siempre ando a las carreras..... | F | ? | V |
| 12. | Ganar no solo es lo más importante, es lo único..... | F | ? | V |
| 13. | La mayoría de la gente tiende a perder el tiempo..... | F | ? | V |
| 14. | He tenido problemas con mi pareja porque me hace esperar..... | F | ? | V |
| 15. | Me han dicho que camino y me muevo bruscamente..... | F | ? | V |
| 16. | Por lo general, las cajeras son lentas..... | F | ? | V |
| 17. | Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas..... | F | ? | V |
| 18. | Se que mis ironías molestan a mucha gente..... | F | ? | V |
| 19. | Quien me hace esperar, me ofende..... | F | ? | V |
| 20. | Reacciono más rápido que la mayoría de la gente que conozco..... | F | ? | V |
| 21. | La mayoría de la gente que presume de disfrutar las cosas que hace, está mintiendo..... | F | ? | V |
| 22. | A las señoras que estacionan sus coches en doble fila frente a las escuelas de sus hijos, deberían meterlas a la cárcel..... | F | ? | V |
| 23. | La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera..... | F | ? | V |
| 24. | Aunque lo niegue todo el mundo hace las cosas por dinero..... | F | ? | V |
| 25. | Los ruidos súbitos me sobresaltan..... | F | ? | V |
| 26. | Si me falla la jugada clave en un juego le pierdo interés..... | F | ? | V |
| 27. | Me han dicho que soy dominante y mandón..... | F | ? | V |
| 28. | Casi siempre adelanto el retorno de mis vacaciones..... | F | ? | V |
| 29. | El ruido me molesta muchísimo..... | F | ? | V |
| 30. | Tengo miedo de que mi esposa (o), o compañera (o) me abandone..... | F | ? | V |
| 31. | Me dicen que al hablar "golpeo" las palabras..... | F | ? | V |
| 32. | Cuando me subo a mi coche en la mañana, se que habrá algún embotellamiento..... | F | ? | V |
| 33. | Los que me consideran acelerado (a) son del sexo opuesto..... | F | ? | V |
| 34. | Si se me presentan dos asuntos o proyectos simultáneamente, les presto atención al mismo tiempo, en vez de terminar uno y seguir con el otro..... | F | ? | V |
| 35. | A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez..... | F | ? | V |
| 36. | Me han dicho que alzo la voz innecesariamente..... | F | ? | V |
| 37. | La mayoría de los casados posee a su cónyuge en vez de amarlo..... | F | ? | V |
| 38. | La infidelidad matrimonial es la más común..... | F | ? | V |
| 39. | Cuando se trata de algo fundamental, está justificado perder el control..... | F | ? | V |
| 40. | A veces me doy cuenta después de un rato de plática, de que no dejo hablar a los demás..... | F | ? | V |
| 41. | Casi siempre termino de comer antes de los que se sentaron conmigo a la mesa..... | F | ? | V |
| 42. | Me puedo pasar horas cambiando bruscamente de atención de un asunto a otro sin cansarme..... | F | ? | V |
| 43. | Casi todos los dependientes despachan de mala gana..... | F | ? | V |

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL (SRRS)

La Escala de Reajuste Social original (SRRS) fue diseñada por Holmes y Rahe en 1967, consta de 43 preguntas que intentan estimar la magnitud de algunos eventos vitales que se sospeche que anteceden al inicio de una enfermedad. En el estudio original los autores pidieron a 394 jueces que juzgaran la severidad de 43 situaciones (que abarcaban las áreas de salud, trabajo, hogar/familia, personal/social y financiera), en términos del cambio de un estado existente en la vida de una persona. Los jueces asignaron un valor entre 0 y 1000 a cada ítem de la escala; teniendo como referencia el ítem matrimonio, al que se le asignó un valor arbitrario de 500 puntos. Al valor asignado a cada ítem o situación, promediado entre los diferentes jueces, se le llamó Unidad de Cambio de Vida (LCU, Life Change Unit). El LCU, como se mencionó antes, significa solamente el grado de reajuste vital (promedio) que demandó dicha situación independientemente de su discapacidad/indeseabilidad, significado psicológico o emoción que evoca. Ellos obtuvieron correlaciones mayores a .90 (citado por Bruner, Acuña y Gallardo, 1994).

El instrumento que se utilizó en esta investigación es la versión en español, realizada por Bruner, Acuña y Gallardo en 1994, de La Escala de Reajuste Social, obtenida mediante la técnica de traducción/retraducción. La correlación que se obtuvo en esta versión, en función de los datos de Holmes y Rahe, fue de .88. Y las correlaciones de rango entre los diferentes subgrupos del estudio y la muestra global, variaron desde .97 hasta .99 (consistencia interna). (Véase anexo 1).

Las instrucciones que se utilizaron en esa versión fueron las mismas de la escala original, pero fueron también sometidas al proceso de traducción/retraducción. Para realizar la presente investigación se hicieron algunas variaciones a las instrucciones originales traducidas; se cambiaron a tiempo pasado y, a diferencia de la versión original podrán existir respuestas en 0 cuando a los sujetos no les haya sucedido ese evento, además en las instrucciones originales se les pide a los sujetos que utilicen toda su experiencia, mientras que en el estudio actual se les pide que piensen en los seis meses anteriores al infarto, en el caso del grupo A y, que piensen en los últimos 6 meses, en el caso del grupo B. A continuación se presentan las instrucciones que fueron utilizadas en este estudio, ya con los cambios realizados:

“ El reajuste social incluye la intensidad y la duración del cambio en los patrones acostumbrados de vida, como resultado de vivir ciertas experiencias”. Tal como fue definido el reajuste social mide la intensidad y duración del tiempo necesario para adaptarse a un evento de la vida, sin importar si el evento es deseable o no.

A usted se le pide que juzgue una serie de eventos, de acuerdo al grado relativo que necesitó para el reajuste. Para responder piense en los seis meses anteriores al infarto (o en los últimos seis meses).

Algunas personas se adaptan al cambio más rápidamente que otras; algunas personas se ajustan con particular facilidad o dificultad sólo a ciertos eventos. Por lo tanto trate de dar su propia opinión del grado de reajuste que necesitó para cada evento.

Los criterios para calificar son los siguientes: Si el evento no le sucedió debe usted poner el número 0 en el espacio en blanco. Si el evento sí le sucedió, los parámetros para asignarle valores son los siguientes: al evento 1= matrimonio, le ha sido asignado arbitrariamente el valor de 500. En la medida en que va evaluando cada uno de los eventos, piense: "¿ Implicó este evento un menor o mayor reajuste que el matrimonio?", "¿ Se logró el reajuste en mayor o menor tiempo (que el matrimonio)?". Si usted decide que el reajuste fue más intenso y prolongado, entonces seleccione un número proporcionalmente mayor y escríbalo en el espacio en blanco que corresponde al evento, en la columna titulada "VALORES". Si usted decide que el evento representó un reajuste menor y más corto que el matrimonio, indique qué tanto menos, escribiendo un número proporcionalmente menor, en el espacio en blanco correspondiente. (Si un evento requirió un reajuste intenso en un período de tiempo corto, éste puede aproximarse en valor a un evento que requirió un reajuste menos intenso pero por un período más largo de tiempo). Si el evento fue igual en reajuste social al matrimonio, escriba el número 500 en el espacio en blanco correspondiente.