

Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género.

Urquijo, Sebastián, Giles, Mariela, Richard´s María Marta y Pianzola, Enrique.

Cita:

Urquijo, Sebastián, Giles, Mariela, Richard´s María Marta y Pianzola, Enrique (2003). *Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género. Revista de la Federación Argentina de Cardiología, 32 (2), 190-198.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/121>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pfN5/Waf>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género.

SEBASTIAN URQUIJO*, MARIELA V. GILES †, MARIA RICHARD'S ‡, ENRIQUE L. PIANZOLA §

Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende", Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires.

* Docente e Investigador del Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional, Facultad de Psicología, UNMP. Investigador Asistente del CONICET.

† Docente e Investigadora del Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional, Facultad de Psicología, UNMP.

‡ Docente e Investigadora del Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional, Facultad de Psicología, UNMP. Becaria Perfeccionamiento CIC.

§ Jefe de Servicio Cardiovascular del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende", Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires. Dirección postal: Sebastián Urquijo. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Funes 3280, Cuerpo 5, Nivel 3. 7600 Mar del Plata. Pcia. de Buenos Aires. Argentina.

e-mail: urquijo@mdp.edu.ar

Recibido: Diciembre 2002

Aceptado: Marzo 2003

Summary

El objetivo de este trabajo fue realizar un análisis de las diferencias de género de un conjunto de características psicológicas de sujetos internados en Unidad Coronaria a causa de algún episodio isquémico agudo (angina inestable o infarto agudo de miocardio). Las variables analizadas fueron: rasgos y trastornos de personalidad, hostilidad, estrategias de afrontamiento, apoyo social y alexitimia. La evaluación de dichas características proporciona información útil para identificar áreas de vulnerabilidad que puedan aumentar la probabilidad de aparición de problemas isquémico-cardiovasculares. Se realizó el análisis de una muestra de 149 pacientes de ambos sexos, internados a causa de algún episodio isquémico agudo en la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata. Los resultados indicaron que los niveles de hostilidad, el apoyo social percibido, los niveles de alexitimia y la frecuencia de uso de casi todas las estrategias de afrontamiento no presentan diferencias significativas en hombres y en mujeres. Con respecto a los rasgos y los trastornos de personalidad, se observó una marcada prevalencia (equivalente al doble) del trastorno compulsivo en las mujeres, a pesar de que fue también el más frecuente en los hombres.

Rev Fed Arg Cardiol 2003; 32: 190-198

Diversos estudios se han ocupado de analizar las variables biopsicosociales relacionadas con la incidencia de las enfermedades isquémicas cardiovasculares. Dentro de la exploración del interjuego entre las variables psicosociales y la presencia de patologías isquémicas se han estudiado las respuestas cognitivo-emocionales que habitualmente despliegan estas personas frente a situaciones percibidas como potencialmente estresantes. Factores tales como la inseguridad laboral, el desmejoramiento de la calidad de vida, los conflictos sociales y familiares, definen un clima tensional en el cual los sujetos se deben desenvolver cotidianamente.

Podría afirmarse que determinar la influencia de los factores psicológicos en las enfermedades cardiovasculares tendría un impacto considerable en el diseño y la implementación de estrategias para la prevención primaria y secundaria. Por ello, resulta imprescindible la identificación de los factores psicosociales que conducen a una persona a realizar cambios conductuales de los factores de riesgo cardiovascular. Considerando que la literatura informa de la existencia de diferencias significativas según el género, parece muy importante analizar las características psicológicas de sujetos que han sufrido algún accidente isquémico-cardiovascular discriminando las diferencias entre hombres y mujeres. Las variables analizadas en nuestro estudio fueron: trastornos y rasgos de personalidad, hostilidad, estrategias de afrontamiento, apoyo social y alexitimia.

MATERIAL Y METODO

Población

Se trabajó con una muestra incidental ya que los sujetos fueron evaluados al ingresar a la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, Argentina. En total se obtuvo información de 149 pacientes, 112 de sexo masculino, con una media de edad de 55 años 10 meses, durante el período comprendido entre los meses de noviembre de 2000 y junio de 2002. Se excluyeron los pacientes que no

estaban internados por patología coronaria aguda, específicamente angina inestable (AI) o infarto agudo de miocardio (IAM) (por ejemplo, valvulares, arritmias y otros) y aquellos que no podían ser entrevistados a causa de su estado (asistencia respiratoria, *shock*, etcétera).

Instrumentos

Para evaluar las características y el estilo de personalidad y la existencia de trastornos, se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) [1]. Para evaluar los niveles de hostilidad se utilizó la Escala de Hostilidad del Cuestionario SCL-90 [2]. Para evaluar los niveles de alexitimia se empleó la adaptación de Sivak y Wiater [3] de la Escala de Alexitimia TAS (*Toronto Alexitimia Scale*) [4].

Para clasificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes se aplicó la adaptación española del cuestionario COPE en su versión abreviada [5]. El apoyo social efectivo fue evaluado a través de la Escala para la Evaluación del Apoyo Social (California Department of Mental Health), adaptación española [6].

Procedimiento

Los sujetos fueron evaluados, siempre y cuando las condiciones lo permitieran, durante los dos días posteriores a su ingreso a la Unidad Coronaria del hospital. Los instrumentos fueron aplicados de forma alternada, la mitad durante la primera sesión y la otra mitad en la del día siguiente. Con el objeto de controlar las dificultades generadas por los diversos niveles culturales y el estado de los pacientes, los reactivos de los instrumentos fueron leídos por administradores previamente entrenados en esta técnica de recolección de datos.

RESULTADOS

Finalmente 149 sujetos fueron evaluados con todos los instrumentos, 112 (75,2%) de sexo masculino y 37 (24,8%) de sexo femenino. La media de edad de la muestra fue 55,95 años: 55,92 años para los pacientes de sexo masculino y 56,03 años para los de sexo femenino.

En la Tabla 1 se presentan los resultados correspondientes a las puntuaciones medias obtenidas con cada uno de los instrumentos aplicados, con excepción del Cuestionario de Evaluación de la Personalidad, para toda la muestra, discriminando los valores según el sexo.

Tabla 1
PUNTUACIONES MEDIAS Y PRUEBA t DE LAS VARIABLES DISCRIMINADAS POR SEXO

Instrumento/Escala	Total	Mujeres	Hombres	t	p
Alexitimia	02,42	02,06	02,51	-0,122	0,903
Apoyo social	19,50	19,73	19,42	0,199	0,842
COPE Auto-distracción	4,04	4,81	4,59	0,467	0,627
COPE Afrontamiento activo	0,47	0,58	0,44	0,377	0,707
COPE Negación	3,98	4,31	3,88	0,983	0,328
COPE Uso de sustancias	2,27	2,23	2,28	-0,222	0,825
COPE Búsqueda de apoyo social	5,40	5,88	5,33	1,140	0,254
COPE Abandono del afrontamiento	3,40	3,81	3,39	1,038	0,302
COPE Desahogo de emociones	4,37	4,02	4,29	0,703	0,483
COPE Reinterpretación positiva	5,31	4,86	5,46	-1,528	0,129
COPE Planificación	5,52	5,35	5,57	-0,504	0,615
COPE Humor	3,31	3,23	3,33	-0,204	0,792
COPE Aceptación	5,75	5,77	5,75	0,054	0,957
COPE Religión	5,23	7,00	4,70	4,483	0,000
COPE Afrontamiento conductual	14,79	15,73	14,52	1,179	0,241
COPE Afrontamiento cognitivo	13,37	13,35	13,37	-0,027	0,978
COPE Escape cognitivo-conductual	4,48	4,81	4,38	0,878	0,382
COPE Escape cognitivo	8,89	11,31	8,21	4,040	0,000
COPE Afrontamiento de emociones	9,40	10,50	9,21	1,547	0,125
COPE Consumo de alcohol o drogas	2,19	2,23	2,18	0,251	0,803
Hostilidad total	4,53	4,94	4,52	0,465	0,643

Se observa que los resultados destacan diferencias según el sexo, en las variables evaluadas. Los análisis estadísticos realizados para determinar la existencia de diferencias según el sexo (prueba t) indicaron que las únicas variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) fueron las estrategias de afrontamiento de Religión y Escape Cognitivo, con una frecuencia media de uso marcadamente superior en las mujeres. Las demás variables no se diferenciaron.

Con el objeto de explorar la prevalencia de algún rasgo o trastorno de personalidad en los sujetos internados en Unidad Coronaria a causa de trastornos isquémicos cardiovasculares, se determinó cuál era la escala de perfil de personalidad que aparecía con la puntuación más elevada, siempre que la tasa base (TB) fuera superior a 85 y, por lo tanto, configurara una disfuncionalidad patológica, clasificados en el eje II del DSM-III-R. La puntuación TB (Choca y Van Denburg, 1997) indica la probabilidad que tiene una persona de presentar

un atributo determinado. Los resultados, para toda la muestra y discriminados según el sexo, se presentan en la Tabla 2.

TABLA 2
INDICADORES DE TRASTORNO SEGUN PUNTUACION MAS ALTA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD - MCMI-II

<i>Escala</i>	<i>Toda la muestra</i> <i>Frecuencia (%)</i>	<i>Femenino</i> <i>Frecuencia (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>Frecuencia (%)</i>
7. Compulsiva	32 (25,0)	14 (43,8)	18 (19,3)
8a. Pasivo-agresiva	19 (15,2)	0 (18,8)	13 (14,0)
3. Dependiente	14 (11,2)	3 (9,4)	11 (11,8)
1. Esquizoide	12 (9,0)	1 (3,1)	11 (11,8)
0a. Antisocial	11 (8,8)	- (-)	11 (11,8)
8b. Autodestructiva	11 (8,8)	1 (3,1)	10 (10,7)
Ninguna escala con TB > 86	9 (7,2)	2 (0,2)	7 (7,5)
5. Narcisista	7 (5,0)	2 (0,2)	5 (5,4)
2. Fóbica	5 (4,0)	3 (9,4)	2 (2,1)
0b. Agresivo-sádica	5 (4,0)	- (-)	5 (5,4)
4. Histrionica	- (-)	- (-)	- (-)
Total	125 (100)	32 (100)	93 (100)

Los resultados de 16 (10,7%; 3 mujeres y 13 hombres) de los 149 sujetos evaluados fueron invalidados por tener una puntuación superior a la permitida en la escala de sinceridad (X). También se eliminaron de la muestra los informes que no pudieron ser completados en su totalidad o por fallas en la administración (n = 8; 5,4%; 2 mujeres y 6 hombres).

Al limitar el análisis a los sujetos que presentaron informes válidos y de los que se tienen todos los datos, se destaca el hecho de que el 92,8% (n = 116) de los sujetos evaluados presenta puntuaciones indicadoras de disfuncionalidad, es decir, de trastornos de la personalidad. Sólo 9 sujetos (7,2%) no presentan disfuncionalidades. El porcentaje más alto, aproximadamente el 25,6% (n = 32), obtuvo la puntuación más elevada en la escala 7, evidenciando la presencia de un trastorno compulsivo de la personalidad que, en la mayoría de los casos, se combina con otros trastornos. La siguen las escalas 8a (pasivo-agresiva) y 3 (dependiente) con el 15,2% (n = 19) y el 11,2% (n = 14) respectivamente. Las frecuencias observadas en las escalas 1 (esquizoide), 6a (antisocial) y 8b (autodestructiva), con una prevalencia cercana al 10% de la muestra cada una, indican cierta variabilidad en los trastornos observados en esta población. En orden decreciente aparecen las escalas 5 (narcisista), 2 (fóbica) y 6b (agresivo-sádica) que afectan, cada una de ellas, a menos del 6% de la muestra. Se debe destacar que ninguno de los sujetos presentó su puntuación más alta (y superior a 85) en la escala 4 (histrionica). Las tendencias observadas en esta población presentan algunas diferencias al discriminar el sexo, aunque se mantienen en primer lugar las escalas compulsiva (7), pasivo-agresiva (8a) y dependiente (3). Sin embargo es necesario destacar la fuerte prevalencia de los trastornos compulsivos en sujetos de sexo femenino, con un 43,8% de casos, en tanto que en los hombres este tipo de trastorno sólo incluye al 19%. Los sujetos de sexo masculino presentan trastornos variados que contrastan con la poca variedad en las mujeres.

Para explorar la prevalencia de algún síndrome clínico en particular, se seleccionó la escala con la puntuación más elevada, siempre que la tasa base fuera superior a 85 y configurara una disfuncionalidad patológica. Los resultados se presentan en la Tabla 3.

TABLA 3
SINDROMES CLINICOS SEGUN LA PUNTUACION MAS ALTA EN MCMI-II

<i>Escala</i>	<i>Toda la muestra</i> <i>Frecuencia (%)</i>	<i>Femenino</i> <i>Frecuencia (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>Frecuencia (%)</i>
Sin trastorno	55 (30,9)	15 (40,5)	40 (35,7)
a. Ansiedad	37 (24,8)	10 (27,0)	27 (24,1)
Invalidos	10 (10,7)	3 (8,1)	13 (11,0)
d. Distimia	14 (9,4)	0 (0,2)	8 (7,1)
t. Abuso de drogas	8 (5,4)	- (-)	8 (7,1)
Sin datos	8 (5,4)	2 (5,4)	0 (5,4)
n. Hipomania	7 (4,7)	1 (2,7)	0 (5,4)
b. Abuso de alcohol	2 (1,3)	- (-)	2 (1,8)
h. Histeriforme	2 (1,3)	- (-)	2 (1,8)
Total	149 (100)	37 (100)	112 (100)

Al analizar la frecuencia de aparición de síndromes disfuncionales en la población estudiada, se observa que el 36,9% de los sujetos no presentan trastornos. En este caso, la tendencia se mantiene al discriminar los sujetos por sexo, aunque se debe destacar un porcentaje superior de distimia y la ausencia de abuso de drogas y alcohol en las mujeres.

DISCUSION

Durante décadas la enfermedad coronaria ha sido la principal causa de muerte en hombres de mediana edad. Sin embargo esta misma enfermedad afecta a las mujeres, quienes presentan características diferenciales en el diagnóstico y tratamiento de la misma. Diferentes autores se han ocupado de estudiar este fenómeno, tanto en lo referente a las causas relacionadas con la gran incidencia en la población masculina cuanto en las razones de su menor incidencia en la población femenina. Por ejemplo, Beery [7] encontró que las mujeres llegaban a las unidades coronarias con mayor edad y en peores condiciones de salud que los hombres e, incluso, presentaban más hipertensión, diabetes, estadía más prolongada en las unidades de cuidados intensivos y peores resultados. Este autor sugiere que podría deberse a la forma en que la mujer experimenta los síntomas cardíacos, relacionado con la percepción de sí misma y de su enfermedad. En estrecha relación con lo anterior, se ha determinado que la supervivencia y el pronóstico a largo plazo postIAM se encuentran directamente asociados con la decisión de los individuos de buscar ayuda médica; en el caso de las mujeres (a diferencia de los hombres) esta búsqueda está demorada a causa de la creencia de que el dolor agudo de pecho no es necesariamente un síntoma de infarto (Foster y Mallik [8]).

Numerosos estudios dan cuenta de la incidencia de las diferencias de género en la enfermedad cardíaca (Brezinka y Padmos [9]; Brezinka y Kittel [10], Rosenfeld [11]) aunque en la Argentina la información epidemiológica es escasa. Una excepción la constituye la Tercera Encuesta Nacional [12] de la Sociedad Argentina de Cardiología que define el perfil del IAM destacando el mayor promedio de edad en el género femenino que constituyó el 25% de la muestra total. En la Argentina, según con los datos del Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología [13,14], las cardiopatías isquémicas constituyen la segunda causal de muerte en mujeres a partir de los 50 años. Con relación a las causales de la incidencia de IAM en la población femenina, inicialmente se suponía que el cambio en el rol social de las mujeres y su ingreso masivo en el mercado laboral implicaría una reproducción de los patrones de morbilidad registrados en la población masculina. Posteriormente se añadieron otras hipótesis que hicieron hincapié en el peso de los factores biopsicosociales distintivos de cada género, como por ejemplo el factor protector de los estrógenos en las mujeres ya que generalmente no presentan incidentes cardiovasculares hasta después de la menopausia [11]. Pramparo y colaboradores [15] sugieren que en las mujeres se incrementa el riesgo de padecer un evento cardiovascular luego de la menopausia, generalmente entre 7 y 10 años más tarde que los hombres, pues durante la etapa fértil están protegidas por los estrógenos.

Varios estudios se han orientado en la misma dirección. Según Rosenfeld [11], las mujeres menores de 75 años poseen menor riesgo de padecer enfermedades coronarias que los hombres de la misma edad, y destaca que el promedio de edad del IAM en la población femenina es de 75 años, es decir 10 años más tarde que en la masculina. Después de esa edad son similares las probabilidades de riesgo para ambos sexos. Sharp y Konen [16] también se han ocupado de describir los efectos de la menopausia y los estrógenos en la enfermedad coronaria, y su relación con los niveles de colesterol, la hipertensión, la actividad física, el control del peso, el hábito de fumar y la diabetes, destacando la importancia de controlar estos factores para la prevención.

Si bien todavía existe controversia acerca del papel independiente de los factores de riesgo psicológicos y sociales en el IAM, diversos estudios han intentado determinar el papel de las variables psicológicas, independientemente de los otros factores de riesgo cardiovascular, como significativamente distintivas en los casos de IAM. Una de las variables psicológicas más estudiadas ha sido la personalidad. En base a la conceptualización que realiza Millon [1], los estilos de personalidad reflejan las características permanente y omnipresentes de funcionamiento del paciente. Estas tienden a perpetuarse y a agravar las dificultades cotidianas porque los pacientes están tan automatizados con ese modo de vida que, con frecuencia, son inconcientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad, el estilo de funcionamiento desadaptado podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderada o marcada gravedad.

En 1959, los cardiólogos Rosenman y Friedman, en un intento por determinar cuáles eran las características personales de quienes habían sido afectados por un IAM, propusieron un conjunto de características de comportamiento, que parecía describir la forma en la que estos pacientes se comportaban, y lo denominaron "patrón de conductas tipo A". Estas se caracterizan por:

- a) esfuerzo intenso y sostenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos;
- b) elevada inclinación hacia la competitividad;
- c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio;
- d) constante implicación en múltiples y diversas actividades que generalmente exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto;
- e) propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas;
- f) extraordinario nivel de alerta física y mental.

Brezinka y Padmos [9], encontraron que los principales factores de riesgo psicológicos reportados para las

mujeres eran patrones de conducta tipo A y emociones problemáticas crónicas.

Por su parte, Labbrozzi y colaboradores [17] llevaron a cabo un estudio evaluando la asociación entre variables psicológicas, clínicas y sociodemográficas en una amplia muestra de pacientes con IAM. Las variables psicosociales examinadas incluyeron: variables estado (ansiedad, miedos relacionados con la salud, depresión), bienestar psicofisiológico en los 3 meses precedentes al evento agudo (estado de ánimo depresivo, deterioro del sentimiento de bienestar, estrés percibido) y variables rasgo (conductas tipo A, neuroticismo, introversión/extroversión, ansiedad social y sentimientos de culpa en relaciones interpersonales). Como resultado encontraron que más de un tercio de todos los pacientes obtuvieron un puntaje por encima del promedio para la ansiedad y miedos relacionados con la salud, y un 15% mostró un estado de ánimo depresivo. Con relación al estado previo al IAM (3 meses precedentes), el 40% de los pacientes reportó un estado de ánimo depresivo y un disminuido sentimiento de bienestar, y más de la mitad se percibieron a sí mismos como estresados. Con respecto a las variables de personalidad, alrededor de un tercio de la muestra exhibió rasgos de conducta tipo A y la mitad, neuroticismo. El 50% de la muestra fue identificada como marcadamente extrovertida y el 14% como marcadamente introvertida. Se registraron sentimientos de culpa y ansiedad social en un 40% y un 12% respectivamente. Cabe destacar que se asoció con el género femenino un peor perfil psicológico, mayor edad, baja educación, vivir en soledad y poseer antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.

Un estudio del mismo año [18], cuyo propósito era explorar las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres jóvenes con un primer IAM, evaluó conductas tipo A, ansiedad, alexitimia y agotamiento vital. Los resultados indicaron que las mujeres sufrían, considerablemente y con mayor frecuencia, fatiga y agotamiento en el período prodrómico del IAM. Según este estudio, las mujeres desarrollarían un nivel de preocupación cognitiva más elevado, serían más irritables y menos capaces de relajarse; variables psicológicas que deberían ser tomadas en cuenta para obtener una óptima rehabilitación psicosocial.

Concentrándose en otras variables psicosociales, Con, Linden, Thompson e Ignaszewski [19] condujeron un estudio con pacientes coronarios que habían sufrido cirugía de *bypass*, encontrando datos que indicaron que las mujeres mostraban significativamente más síntomas depresivos que los hombres. En las mujeres esta sintomatología, junto con el impedimento funcional, correlacionaba positivamente con el dolor. Además se encontró que la variable apoyo social también contribuía significativamente al incremento en la varianza del dolor (43%). Los resultados apoyan el criterio de que estas variables juegan diferentes papeles en la recuperación tanto de hombres como de mujeres; en consecuencia, estos datos deberían ser tomados en consideración para que los programas de rehabilitación sean más efectivos.

Un estudio reciente [20], con un seguimiento de 10 años, apoya los estudios citados, destacando que el género femenino, los altos niveles de depresión y la carencia de apoyo social son los factores de mayor riesgo de mortalidad coronaria, entre otros factores psicosociales que incluyen edad, estado civil, nivel de educación, tensión mental en el trabajo o en el matrimonio, ansiedad, insatisfacción con la vida familiar, problemas con los hijos, insatisfacción con la situación financiera, sucesos de vida, enojo no expresado, irritabilidad, conducta tipo A o locus de control de la salud.

De acuerdo a la literatura, uno de los factores objeto de controversia, en relación con su incidencia en las enfermedades cardiovasculares, es el patrón de conducta tipo A. Diversos autores se han dedicado a su estudio, relacionándolo con otros factores biopsicosociales. Por ejemplo, Fukunishi, Moroji y Okabe [21] trataron de determinar la influencia del patrón de conducta tipo A y de la personalidad narcisista sobre el estrés y sus factores asociados, encontrando que las mujeres, en comparación con los hombres, presentaban puntajes más bajos en este patrón de conducta y en las estrategias de afrontamiento del estrés; por lo tanto sugieren la posibilidad de que las mujeres con altos puntajes en este patrón de conducta afrontarían mejor el estrés. Sin embargo estos resultados se oponen a otros estudios [22-25] que investigaron, en la población femenina, las relaciones entre la conducta de tipo A, la hostilidad y la reactividad cardiovascular en respuesta a los agentes estresantes. Los resultados mostraron una mayor reactividad cardiovascular (presión sanguínea, ritmo cardíaco y conductancia de la piel) ante situaciones estresantes en aquellas mujeres con patrón de conducta tipo A y elevada hostilidad, lo que daría cuenta de una determinación de estos factores de riesgo psicológicos sobre los biológicos.

Otros estudios se han centrado en el análisis de la hostilidad como factor de riesgo para la EC. La hostilidad ha sido independientemente relacionada con la mortalidad cardiovascular considerada como un componente de la conducta tipo A; sin embargo, los mecanismos mediante los cuales la hostilidad manifiesta sus efectos en el sistema cardiovascular no han sido exhaustivamente determinados. Además, la hostilidad ha sido evaluada como una medición de rasgo con poco énfasis en la forma en que los episodios que provocan enojo podrían ser percibidos por los individuos. Por ejemplo, Anderson y Lawler [26] buscaron evaluar la experiencia afectiva de hostilidad a través de una entrevista de recuerdo del enojo, y relacionaron las cualidades de esa experiencia con la reactividad cardiovascular. Los hallazgos indicaron que las mujeres con

personalidad tipo A manifestaron mayor reactividad sist ólica cuando el enojo era en respuesta a la frustración de sus necesidades de autonomía, mientras que las mujeres que presentaban un patrón de conducta tipo B exhibían mayor reactividad del ritmo cardíaco en respuesta a la frustración de sus necesidades de afiliación. Además, todas las mujeres que no expresaban enojo presentaban mayores respuestas de presión que aquellas que lo expresaban asertivamente.

También la hostilidad ha sido asociada con la enfermedad cardiovascular a través de su influencia en conductas de riesgo coronario tales como el fumar y el consumo de alcohol. Whiteman, Fowkes, Deary y Lee (1997) [27] encontraron que los pensamientos hostiles emergieron como un significativo predictor independiente del consumo de alcohol y del fumar en mujeres.

Otra variable comúnmente asociada con las enfermedades cardiovasculares ha sido la alexitimia, definida como la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva y tendencia al conformismo social y a las conductas de acción frente a situaciones conflictivas [3]. Un estudio realizado por Provotorov, Budnevsky, Kravtchenko y Grekova [28] informó que la alexitimia es más frecuente en pacientes coronarias que en personas sanas (44,1% y 18,4% respectivamente; $p < 0,01$).

Las respuestas adaptativas frente a un accidente isquémico cardiovascular varían según los recursos de afrontamiento de cada persona, entendiéndose que estos se definen como todos los esfuerzos necesarios para dominar las demandas que desbordan al individuo, independientemente de su eficacia o de su valor intrínseco [29]. En relación con los antecedentes, se han encontrado diferencias importantes en la manera de adaptarse a las mismas situaciones estresantes o difíciles. Mientras que algunas personas son capaces de adaptarse fácilmente a situaciones estresantes otras, en cambio, tienen enormes dificultades para adecuar su comportamiento y sus experiencias emocionales a la misma situación. Algunos de los factores que podrían explicar estas diferencias en la adaptación a los mismos problemas objetivos serían la edad, el género, la experiencia previa con situaciones similares, el apoyo social, las expectativas de los sujetos y los factores de personalidad, entre otros [20,24,30-32].

Como hemos visto, las enfermedades cardiovasculares, en general, y el infarto de miocardio, en particular, se presentan como el mayor problema de salud en las mujeres después de los 50 años, en los países desarrollados. Hasta la fecha las investigaciones en este campo se han focalizado, principalmente, en la población masculina; sin embargo, la limitada evidencia sugiere que las implicaciones biopsicosociales del IAM son significativas y diferentes en ambos géneros.

Al analizar detalladamente nuestros datos, encontramos que el promedio de edad de las personas internadas en Unidad Coronaria es prácticamente el mismo en hombres (55,92 años) que en mujeres (56,03 años) lo que difiere de los resultados reportados por Beery [7], quien sugirió que las mujeres llegaban a las unidades coronarias con mayor edad, y también de los datos de la Tercera Encuesta Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología (Hirschson Prado y colaboradores, 1998) que destacó el promedio mayor en edad del género femenino. También se opone a los resultados presentados por Pramparo y colaboradores [15] que sugirieron que las mujeres incrementan el riesgo de padecer un evento cardiovascular luego de la menopausia, generalmente entre 7 y 10 años más tarde que los hombres, pues durante la etapa fértil están protegidas por los estrógenos. Según Rosenfeld [11], el promedio de edad del IAM en la población femenina es de 75 años, es decir 10 años más tarde que en la masculina, y este dato también resulta contradictorio con nuestros resultados.

Podría suponerse que los factores socioeconómicos y culturales particulares de esta muestra, caracterizada por ser de nivel medio-bajo, con poca instrucción y desempleados, podrían influir en los resultados. También podría pensarse que la pertenencia a un nivel socioeconómico desfavorecido y la necesidad de afrontar problemas de cobertura de necesidades básicas, anteriormente resueltas por los hombres, someten a las mujeres a situaciones estresantes que antes no enfrentaban y eso podría proveer alguna explicación para la disminución de la edad de riesgo de IAM en estas mujeres.

Con relación al porcentaje de mujeres afectadas por accidentes isquémicos cardiovasculares, nuestros resultados coincidieron con los de la Tercera Encuesta Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología (Hirschson Prado y colaboradores, 1998) que indicó una incidencia de estos accidentes en el género femenino en el 25% de la muestra total.

La literatura reporta la existencia de diferencias significativas en las variables psicológicas asociadas con accidentes isquémicos cardiovasculares, según el género. Sin embargo, al analizar trastornos y estilos de personalidad, hostilidad, estrategias de afrontamiento, apoyo social y alexitimia en una población de internados en Unidad Coronaria caracterizada por el desempleo, la carencia de obra social y un nivel

socioeconómico y cultural desfavorecido no encontramos tales diferencias. Nuestros resultados indican que los niveles de hostilidad, el apoyo social percibido, los niveles de alexitimia y la frecuencia de uso de casi todas las estrategias de afrontamiento no son estadísticamente diferentes.

Los estudios que dan cuenta de la incidencia de las diferencias de género en la enfermedad cardíaca coinciden en que en el género femenino los altos niveles de depresión y ansiedad y la carencia de apoyo social constituirían los factores de mayor riesgo de mortalidad coronaria. Nuestros resultados coinciden con algunos estudios [9-11] en relación con los niveles de ansiedad y distimia (15%). El porcentaje de distimia se duplica en las mujeres: 16% contra 7% en hombres.

Con relación a la alexitimia, los puntajes de nuestra población fueron superiores a la media registrada en la literatura [3], aunque sin presentar diferencias significativas en función del género. Estudios como el de Fukunishi, Numata y Hattori [33] han reportado resultados similares. Su trabajo informa que la alexitimia fue mayor en los 23 pacientes con IAM con respecto a los 43 pacientes con un antiguo infarto.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento, en general los sujetos de esta muestra utilizaron más las estrategias teóricamente adaptativas (planificación, afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva). Entre las consideradas desadaptativas a largo plazo cabe destacar la frecuente utilización de la estrategia que supone centrarse en las emociones y desahogarse. Entre las menos utilizadas se encuentran las teóricamente más desadaptativas como la negación, el abandono del afrontamiento, y especialmente el uso de sustancias. Esta última fue la estrategia menos utilizada tanto en el presente estudio como en el trabajo de Carver, Weintraub y Schieler [34] y en el de Crespo y Cruzado [35]. Sólo se encontraron diferencias significativas en las estrategias que apelan a la religión y al escape cognitivo que fueron utilizadas con mayor frecuencia por las mujeres. El 90% de la muestra reportó eventos estresantes en el año inmediatamente anterior; la población masculina refirió haber pasado por situaciones estresantes referidas, principalmente, a problemas laborales o desocupación y las mujeres destacaron los problemas familiares o de relación.

En lo que respecta a las características de personalidad, como pauta general, toda la población presentó una tasa muy elevada de trastornos. Los resultados presentan algunas diferencias según el género. Por un lado se destaca la marcada prevalencia en las mujeres del trastorno compulsivo, el cual, a pesar de ser también el más frecuente en los hombres, es equivalente a aproximadamente el doble en el sexo femenino. El hecho de que casi la mitad de las mujeres que se encuentran internadas en Unidad Coronaria presenten trastornos de la personalidad compulsivos permite establecer un perfil tentativo de riesgo basado en las características del mismo. Según Millon [1] se trata de personas rígidas, disciplinadas, que mantienen una norma de vida regulada, repetitivamente estructurada y altamente organizada; son perfeccionistas y respetuosas, prefieren relaciones personales formales y correctas; construyen el mundo mediante reglas, programas y jerarquías; carecen de imaginación y se desconciertan ante ideas y costumbres nuevas; manifiestan pensamientos positivos y conductas socialmente encomiables, diametralmente opuestas a sus sentimientos antagónicos y prohibidos; se muestran maduras y razonables frente a situaciones que provocarían enojo en los demás; son solemnes, no se relajan, están tensos; son severos y faltos de alegría, restringen sentimientos cálidos y mantienen las emociones bajo un estricto control.

Denolet y Brutsaert [36] concluyeron en su estudio que las emociones, la conducta y la personalidad son factores que tendrían incidencia en pacientes que han sufrido un IAM con un grado de moderado a severo. La tendencia a expresar emociones negativas y a inhibir la autoexpresión (por ejemplo, la inhibición social) crea una forma de estrés psicosocial crónica que iría en detrimento de la salud de esos pacientes.

Finalmente, se debe destacar que los resultados de este trabajo, de carácter exploratorio, deben ser considerados cuidadosamente porque se trata de una población particular, con características socioeconómicas y culturales propias y, por lo tanto no pueden ser generalizados a toda la población.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS ASSOCIATE WITH ISCHEMIC HEART SYNDROME. A GENDER STUDY

The objective of this study was to perform a descriptive analysis of gender differences in a group of psychological characteristics of patients with unstable angina or acute myocardial infarction, evaluated in the Coronary Care Unit. The variables analyzed were: personality, hostility, coping strategies, social support and alexithymia. The evaluations of such characteristics provide useful information to identify areas of vulnerability that may increase the probability of the appearance of ischemic-cardiovascular problems. An analysis of a sample of 149 patients of both gender admitted in the Coronary Care Unit of the Hospital Interzonal General de Agudos from Mar del Plata was made. Results indicate that levels of hostility, effective social support, levels of alexithymia and frequency of use of coping strategies are almost similar for both genders. About

personality characteristics a strong prevalence of compulsive disorders in women was found, however of being the most frequent in men, is equal to approximately the double in women.

Reconocimientos

A todos los miembros del Proyecto de Investigación "Personalidad e Infarto de Miocardio. Bases para la Prevención Secundaria", Facultad de Psicología, UNMP, porque la realización de este trabajo hubiera sido imposible sin su colaboración.

A la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica y a la Universidad Nacional de Mar del Plata, por el apoyo financiero brindado a través de un PICTO.

Bibliografía

1. Millon T: MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Madrid, TEA Publicaciones de Psicología Aplicada 1999.
2. Derogatis LR: SCL -90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual II. En: Towson MD: Clinical Psychometric Research. 1977.
3. Sivak R, Wiater A: Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires, Paidós 1997.
4. Taylor G, Bagby R, Parker J: The revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1992; 57: 34-41.
5. Perczek R, Carver ChS, Price A y col: Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *J of Personality Assessment* 2000; 74: 63-87.
6. Conde V, Franch JI: Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid, Upjohn 1984.
7. Beery Ta: Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. *Heart Lung* 1995; 24: 427-435.
8. Foster S, Mallik M: A comparative study of differences in the referral behaviour patterns of men and women who have experienced cardiac-related chest pain. *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14: 192-202.
9. Brezinka V, Padmos I: Coronary heart disease risk factors in women. *Eur Heart J* 1994; 15: 1571-1584.
10. Brezinka V, Kittel F: Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Soc Sci Med* 1996; 42: 1351-1465.
11. Rosenfeld JA: Heart disease in women: gender-specifics statistics and prevention strategies for a population at risk. *Postgraduate Medicine* 2000; 107: 111-116.
12. Hirschson Prado A, Trivi M, Tajer C y col: Infarto agudo de miocardio en la Argentina. Tercera Encuesta Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología 1996. *Rev Argent Cardiol* 1998; 66: 63-72.
13. Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología: Encuesta Nacional de Unidades Coronarias. *Rev Argent Cardiol* 1991; 58.
14. Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología: Encuesta Nacional de Unidades Coronarias. *Rev Argent Cardiol* 1993; 61.
15. Pramparo P, Urthiague ME, Romera G y col: La menopausia como factor de riesgo cardiovascular: valoración del tratamiento de sustitución hormonal. *Rev Argent Cardiol* 1998; 66: 75-85.
16. Sharp PC, Konen JC: Women's cardiovascular health. *Prim Care* 1997; 24: 1-14.
17. Labbrozzi D, Carinci F, Nicolucci A y col: Psychological characteristics of patients with infarction: results of the GISSI-2. Italian Group for the Study of Survival in Myocardial Infarction (GISSI). *G Ital Cardiol* 1996; 26: 85-106.
18. Uuskula M: Psychological differences between young male and female survivors of myocardial infarction. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 327-330.
19. Con AH, Linden W, Thompson JM y col: The psychology of men and women recovering from coronary artery bypass surgery. *J Cardiopulm Rehabil* 1999; 19: 152-161.
20. Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L: Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med* 2000; 247: 629-639.
21. Fukunishi I, Moroji T, Okabe S: Stress in middle-aged women: influence of Type A behaviour and narcissism. *Psychother Psychosom* 1995; 63: 159-164.
22. Abel JL, Larkin KT, Edens JL: Women, anger and cardiovascular responses to stress. *J Psychosomatic Res* 1995; 39: 251-259.
23. Powch IG, Houston BK: Hostility, anger -in, and cardiovascular reactivity in white women. *Health Psychol* 1996; 15: 200-208.
24. Steptoe A, Fieldman G, Evans O y col: Cardiovascular risk and responsivity to mental stress: the influence of age, gender and risk factors. *J Cardiovasc Risk* 1996; 3: 83-93.
25. Fichera LV, Andreassi JL: Stress and personality as factors in women's cardiovascular reactivity. *Int J Psychophysiol* 1998; 28: 143-155.
26. Anderson SF, Lawler KA: The anger recall interview and cardiovascular reactivity in women: an examination of context and experience. *J Psychosom Res* 1995; 39: 335-343.
27. Whiteman MC, Fowkes FGR, Deary IJ y col: Hostility, cigarette smoking and alcohol consumption in the general population. *Social Science and Medicine* 1997; 44: 1089-1096.
28. Provotorov VM, Budnevsky AV, Kravtchenko A y col: Psychosomatic interrelations in patients with ischemic heart disease and alexithymia. *Cardiology* 2001; 2.
29. Folkman S, Lazarus RS: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Editorial Martínez Roca 1986.
30. Bueno AM, Buceta JM: Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid, Editorial Pirámide 1991.
31. Breznitz S, Ben-Zur H, Berzon Y y col: Experimental induction and termination of acute psychological stress in human volunteers: effects on immunological, neuroendocrine, cardiovascular, and psychological parameters. *Brain, Behaviour and Immunity* 1998; 12: 34-52.
32. Steptoe A: Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. *Int J Psychophysiology* 2000; 37: 299-308.
33. Fukunishi I, Numata Y, Hattori M: Alexithymia and defence mechanisms in myocardial infarction. *Psychological Reports* 1994; 75: 219-223.
34. Carver C, Weintraub J, Scheier M: Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56: 2647-283.
35. Crespo ML, Cruzado JA: La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta* 1997; 23: 797-830.
36. Denollet J, Brutsaert DL: Does personality influence outcome after a heart attack? *Circulation* 1998; 97: 167-173.

[Tope - Volver al Sumario Analítico](#)

© 1994-2003 CETIFAC  - [Bioingeniería UNER](#). Reservados todos los derechos