

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos**



**INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD Y FACTORES
PSICOSOCIALES EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA**

TESIS DOCTORAL

SILVIA OLIVÁN TORRES

Licenciada en Psicología (1999)

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Madrid, 2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos**



**INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD Y FACTORES
PSICOSOCIALES EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA**

SILVIA OLIVÁN TORRES

Licenciada en Psicología

Directora:

Dra. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA

*Yo camino entre triunfos, también entre fracasos.
¡Y enfrento cada día tener que continuar!
Y aunque a veces son lentos y cansados mis pasos,
¡no hay quien me detenga tratando de alcanzar!*

*Aquello que ambiciono por difícil que sea.
o por inalcanzable, como suelen decir...
aquellos que no luchan contra viento y marea,
aquellos que no rompen cadenas por seguir.*

*Aquellos que la vida la ven como rutina,
confiando en su destino o en la suerte tal vez.
Aquellos que prefieren vivir a la deriva,
porque no tienen metas, ni ganas de vencer.*

*Yo camino y camino por intrincadas sendas.
Navego por los mares en plena tempestad.
Dejo volar mi mente desatando sus vendas,
y en ese punto logro ¡ lo que anhelo alcanzar!*

Aurora García

Agradecimientos

Ha sido un largo camino pero indudablemente no he estado sola gracias a mi Directora de tesis, la Profesora Doctora Ana María Pérez García. Ella me brindó la oportunidad de llevar a cabo este trabajo. Gracias por su apoyo, tiempo, dedicación y consejos. Sin ella sé que no hubiera sido posible y nunca la olvidaré.

Al Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Uned gracias al cual pude comenzar este proyecto.

Al Doctor Ramón Bover Freire, cardiólogo del Servicio de Cardiología del hospital Universitario Clínico San Carlos porque gracias a él y a la colaboración del hospital, pudimos realizar la presente investigación. Sus consejos fueron para mí muy valiosos y gracias a él supe qué dirección tomar para mis objetivos. Él me hizo ver la luz en muchas ocasiones. Gracias.

A todas las personas que colaboraron y contribuyeron a un mayor conocimiento de la enfermedad estudiada, la Insuficiencia Cardíaca. Gracias por su tiempo y esfuerzo.

A mi queridísima amiga Teresa, porque siempre estuvo ahí para darme palabras de aliento, por su cariño, su amistad y su apoyo constante en este proyecto.

A mis padres, que me enseñaron los valores de la constancia y la lucha de todo aquello que uno quiere conseguir. Gracias a ellos sé quien quiero ser y hacia

dónde voy. A mi hermana May que siempre está ahí para recordarme lo verdaderamente importante de este camino. A Alex padre e hijo por su inmensa fuerza.

A ti Álvaro por tu ayuda en todo lo que estuvo en tu mano. Por haber formado parte de este largo proyecto que llega a su fin, a Diego porque siempre estarás en mi corazón por tu alegría y tu inocencia que me hicieron más fácil el día a día, a todos los que creyeron en mí y en mis posibilidades. También a aquellos que no pudieron comprender este difícil pero gratificante reto.

Por último a mi hijo Isaac, por estar ahí acompañándome siempre en todo momento, quien me dá la fuerza y el aliento para continuar cada día.

ABREVIATURAS MÁS FRECUENTES

ACV: accidente cerebrovascular

AEG: autoeficacia generalizada

AHÍ: síndrome agresión-hostilidad-ira

CIE: clasificación internacional de enfermedades

CD: conducta depresiva

CPS: competencia percibida en salud

CF: clase funcional

EAC: enfermedad arterial coronaria

EC: enfermedad coronaria

ECV: enfermedad cardiovascular

FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda

FR: factor de riesgo

FRPS: factor de riesgo psicosocial

HTA: hipertensión arterial

IAM: infarto agudo de miocardio

IC: insuficiencia cardíaca

NYHA: New York Heart Association

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCTA: patrón de conducta tipo A

RCV: reactividad cardiovascular

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos socio-demográficos de los participantes

Tabla 2. Datos clínicos de los participantes

Tabla 3. Fiabilidad de la escala abreviada de afrontamiento

Tabla 4. Análisis factorial de las subescalas de la prueba de afrontamiento abreviado COPE

Tabla 5. Datos descriptivos y coeficientes alfa de fiabilidad de las estrategias de afrontamiento

Tabla 6. Datos descriptivos y coeficientes alfa de fiabilidad de las pruebas aplicadas

Tabla 7. Media y desviación típica (entre paréntesis) del índice de bienestar, y correlaciones con las variables intervinientes

Tabla 8. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para los recursos personales (resiliencia, vulnerabilidad y autoeficacia)

Tabla 9. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para los recursos psicosociales (apoyo percibido, estrés personal y estrés laboral)

Tabla 10. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales del sexo en las tres formas de expresión de ira (Ira in, Ira out y Control ira)

Tabla 11. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para el afrontamiento (activo, emocional positivo, emocional negativo, búsqueda de apoyo y religión)

Tabla 12. Pruebas de t para varones y mujeres contrastando las distintas estrategias de afrontamiento medidas

Tabla 13. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para la salud percibida (índice bienestar, ansiedad y depresión)

Tabla 14. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para síntomas percibidos (síntomas generales y síntomas cardiovasculares)

Tabla 15. Análisis de las diferencias entre varones y mujeres con IC en todas las variables analizadas en el estudio

Tabla 16. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para los recursos personales (resiliencia, vulnerabilidad y autoeficacia)

Tabla 17. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para los recursos psicosociales (apoyo percibido, estrés personal y estrés laboral)

Tabla 18. Número y porcentaje de pacientes en los tres grupos de IC sin actividad laboral y empleados

Tabla 19. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para la expresión de ira (ira in, ira out y control ira)

Tabla 20. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para las estrategias de afrontamiento

Tabla 21. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para la salud percibida

Tabla 22. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para los síntomas percibidos (síntomas generales y síntomas cardiovasculares)

Tabla 23. Correlaciones entre los factores psicosociales y la salud psicológica en la muestra total

Tabla 24: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en la muestra total (N=120)

Tabla 25: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo de mujeres (N=64)

Tabla 26: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo de varones (N=56)

Tabla 27. Correlaciones entre los factores psicosociales y el malestar emocional con el índice de bienestar para el grupo con IC (N = 60) y el grupo control (N = 60)

Tabla 28: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo control (N=60)

Tabla 29: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo IC (N=60)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La estructura del corazón

Figura 2. Interacción sexo por grupo en Apoyo percibido

Figura 3. Interacción sexo por grupo en Estrés personal

Figura 4. Representación gráfica de la interacción entre el sexo y el tipo de expresión de la ira

Figura 5. Interacción sexo por grupo en Afrontamiento emocional positivo

Figura 6. Representación gráfica de la interacción entre el sexo y los tipos de afrontamiento utilizados

Figura 7. Representación gráfica de la interacción entre los niveles de IC y el tipo de expresión de ira

Figura 8. Representación gráfica de la interacción entre los niveles de IC y los tipos de afrontamiento utilizados

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

Siempre me he preguntado hasta qué punto el ser humano puede controlar su salud. Imagino que mi trabajo diario en hospitales, el contacto con todo tipo de enfermos, escuchando sus pensamientos manifiestos, observando sus conductas, percibiendo sus emociones, me ha llevado a interesarme profundamente por la relación entre la enfermedad y los aspectos emocionales. Son muchas las personas que se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: los aspectos emocionales y psicosociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. Ésta se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, donde las investigaciones y desarrollo de planes de intervención han estudiado enfermedades tan diversas como hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, sida, intestino irritable, dolor de

cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc. De todas ellas, siempre he tenido un especial interés por los trastornos cardiovasculares, pero de alguna forma me faltaba el impulso y la experiencia para decidir profundizar sobre ellos. Es entonces cuando empecé a leer numerosos libros y artículos publicados por la Dra. Ana María Pérez García que me incitaron a participar en la línea investigadora llevada a cabo por ella durante largos años, con una extensa e importante productividad.

Pero todo lo anterior corresponde a mis motivaciones e intereses personales, a lo cual se suma la importancia actual de las enfermedades cardiovasculares (ECV), y dentro de ellas la Insuficiencia Cardíaca (IC), a la cual está dirigida la presente tesis.

.....

Al comenzar nuestra investigación sobre IC no tardamos en darnos cuenta que la mayoría de los diversos estudios realizados olvidaban la población que más padece esta enfermedad, es decir, la población anciana de más de 70 años, siendo la causa más frecuente de ingreso hospitalario en la población mayor de 65, pudiendo llegar su prevalencia al 10% en pacientes mayores de 80. Además diversos estudios señalan cómo el pronóstico de la IC se agrava cuando se presentan síntomas depresivos (Guallar-Castillón *et al.*, 2006).

En un metaanálisis de los estudios realizados en pacientes con IC (Romero, 2007), la prevalencia de depresión osciló entre 9% y 60%, con un

promedio de 21,5%. La prevalencia de la depresión se incrementó a medida que aumentaba la severidad de la IC: 11% en clase funcional (CF) I, 20% en CF II, 38% en CF III y 42% en CF IV, basándose estas cuatro clases en las limitaciones en la actividad física del paciente ocasionadas por los síntomas cardiacos, siendo la última clase, la IV, la de mayor incapacidad. El riesgo de muerte fue 2,1 (IC de 95% 1,7-2,6) para los pacientes con depresión en comparación con los no deprimidos.

Por otro lado, hay poca información sobre las variables asociadas con la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con IC, en especial sobre variables psicosociales.

Es por todo ello, que decididamente hemos querido incluir todos estos aspectos en nuestra investigación, estudiando tanto a jóvenes como mayores, ya que en los primeros, que además tienen el peor pronóstico, podríamos estar a tiempo de que la IC no progresara hacia niveles mayores, ofreciendo un tratamiento integral que incluyera las variables psicológicas que están influyendo en la ECV, lo cual está avalado por cientos de estudios, siendo precisamente uno de nuestros objetivos principales estudiar estas variables en la IC, y en los ancianos, podríamos tratar aspectos que muchas veces no se tienen en cuenta como son los emocionales y psicosociales, que pueden agravar la enfermedad, ayudando así a una mejor adaptación a la misma en la medida de lo posible y ofreciendo a los pacientes mayores una mejor calidad de vida.

Un estudio reciente muestra cómo las personas mayores viven esta enfermedad con sentimientos de impotencia y desesperanza, dificultando el ajuste a la misma (Yu, Lee, Kwong, Thompson y Woo, 2008).

Además de todos los aspectos negativos a nivel psicológico, que pueden mejorarse en la ECV, hemos querido profundizar en todos esos recursos de los que el ser humano dispone, que pudieran compensar de alguna forma los anteriores, ya sean recursos personales a nivel cognitivo como la capacidad de superarse ante las dificultades o la percepción de autoeficacia. También las estrategias de afrontamiento que uno pone en marcha ante el estrés, o incluso otros recursos de carácter más social como puede ser el apoyo de los demás.

Aunque podemos encontrar estudios que han evaluado recursos protectores o emociones positivas que pueden ejercer su influencia beneficiosa sobre la IC, no hemos hallado hasta la fecha, ninguno que integre un conjunto amplio de todos ellos, y es por ello que nuestra investigación ha querido incluir las principales variables protectoras, que consideramos influyen o son mediadoras de forma positiva en la ECV.

Por otra parte hemos decidido dar un paso más, centrándonos en una única ECV, comprobando la relación de ciertas variables personales y psicosociales, con la evolución clínica, el pronóstico y las comorbilidades de los pacientes con dicha enfermedad: la IC.

Por tanto con esta investigación, hemos pretendido en su esencia poner en evidencia la importancia que tienen los aspectos emocionales y psicosociales en la enfermedad. Aunque nos hemos centrado en la ECV, creemos firmemente que ninguna enfermedad puede escapar a la influencia de estos aspectos fundamentales en el ser humano. Por otro lado, hemos querido profundizar en una enfermedad en la que no hay conciencia social sobre su importancia, aunque cada vez afecta a un mayor número de pacientes. No tomamos conciencia pese a que se trata de una enfermedad prevenible y evitable si se toman una serie de simples medidas. Sin embargo, la IC es la única patología cardíaca que aumenta y todo parece indicar que seguirá el mismo rumbo en los próximos años. Y a pesar de ello, todos los estudios indican que tenemos una “preocupante ignorancia” sobre ella, sobre sus síntomas, sobre su prevención y sobre su tratamiento. Apenas un 3% de europeos, según las encuestas pudo definir los síntomas y menos del 30% llegaron a considerar que era grave (Sánchez, 2008).

Así la Insuficiencia Cardíaca se ha convertido en el mal de la sociedad moderna. Los cardiólogos y, entre ellos, Eduard Castells (En Morén, 2006), no se cansan de calificarla como la “epidemia del siglo XXI”. Por todo ello, el presente estudio ha querido acercarse al conocimiento de dicha enfermedad, desde una vertiente más allá de los factores médicos, que incluya las variables psicológicas que hasta ahora han sido avaladas por diferentes estudios por su importancia en los trastornos cardiovasculares.

.....

No finalizaré este apartado, sin explicar cuál ha sido el detonante que me ha llevado a realizar esta investigación. Efectivamente cuando uno lee lo siguiente, no puede dejar de preguntarse a sí mismo una cuestión que ya fue planteada hace tiempo: “no es posible en la actualidad construir un modelo etiológico para las enfermedades cardiovasculares de carácter estrictamente médico, pues los resultados de diferentes investigaciones revelan que los factores tradicionales, tomados conjuntamente, no alcanzan a explicar ni siquiera el 50% de los casos (Jenkins, 1988). Inmediatamente me planteé, y ¿dónde se encuentra el 50% restante? Es aquí en este punto, donde comienzo a profundizar en las variables psicológicas, que pueden estar formando parte de ese tanto por ciento, y del que a día de hoy no podemos obtener aún conclusiones firmes.

ÍNDICE

I - <u>APROXIMACIÓN TEÓRICA</u>	21
1. INTRODUCCIÓN	21
2. LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	23
2.1. CARACTERÍSTICAS	23
2.1.1. Clasificación	24
2.1.2. Datos epidemiológicos y demográficos.....	26
2.2. FACTORES DE RIESGO MÉDICOS.....	28
2.3. FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD	32
2.3.1. Patrón de Conducta Tipo-A.....	33
2.3.2. Personalidad Tipo-D.....	37
2.3.3. Hostilidad	41
2.3.4. Ansiedad y depresión	51
2.4. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	54
2.4.1. Estrés	56
2.4.2. Bajo apoyo social	63
2.5. FACTORES PROTECTORES	69
2.6. CONCLUSIONES	87

3. INSUFICIENCIA CARDIACA	90
3.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	90
3.2. EPIDEMIOLOGÍA	98
3.3. ETIOLOGÍA	101
3.3.1. Factores de riesgo médicos	101
3.3.2. Factores de riesgo psicológicos y psicosociales relevantes en el pronóstico de la IC	104
3.3.2.1. <i>Ansiedad, depresión y apoyo social</i>	104
3.3.2.2. <i>Estrés</i>	117
3.3.2.3. <i>Estatus socioeconómico</i>	119
3.3.2.4. <i>Hostilidad</i>	122
3.3.3. Factores protectores	124
3.3.3.1. <i>Autoeficacia</i>	125
3.3.3.2. <i>Afrontamiento</i>	126
3.3.3.3. <i>Otros factores protectores</i>	129
3.4. RESUMEN Y CONCLUSIONES	132
II. <u>APROXIMACIÓN EMPÍRICA</u>	135
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	135
2. MÉTODO	144
2.1. PARTICIPANTES	144
2.2. MEDIDAS E INSTRUMENTOS	150
2.3. PROCEDIMIENTO	162

3. RESULTADOS	166
3.1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS	167
3.2. ANÁLISIS PREVIOS	171
3.2.1. Características de la muestra	171
3.2.2. Fiabilidad de las pruebas aplicadas	172
3.2.2.1. <i>Análisis de la escala de afrontamiento</i>	172
3.2.2.2. <i>Análisis de las restantes escalas aplicadas</i>	177
3.2.3. Índice de bienestar	178
3.3. ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL SEXO Y EL GRUPO	180
3.3.1. Recursos personales.....	181
3.3.2. Recursos psicosociales	183
3.3.3. Expresión de la ira	186
3.3.4. Estrategias de afrontamiento	188
3.3.5. Salud psicológica.....	194
3.3.6. Síntomas informados	195
3.3.7. Resumen	196
3.4. ANÁLISIS DE LA MUESTRA CLÍNICA.....	201
3.4.1. Recursos personales.....	204
3.4.2. Recursos psicosociales	204
3.4.3. Expresión de la ira	206
3.4.4. Estrategias de afrontamiento	209
3.4.5. Salud psicológica.....	211
3.4.6. Síntomas informados	212
3.4.7. Resumen	213
3.5. FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD PSICOLÓGICA	216

4. DISCUSIÓN	227
5. RESUMEN Y CONCLUSIONES	237
III – <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	245
IV- <u>ANEXOS</u>	311
Anexo 1: Escala de Resiliencia	311
Anexo 2: Escala de Vulnerabilidad Psicológica.....	313
Anexo 3: Escala de Autoeficacia Generalizada.....	315
Anexo 4: Apoyo Social Percibido	317
Anexo 5: Escala de Expresión de la Ira.....	319
Anexo 6: Escala de Sucesos Vitales	321
Anexo 7: Escala Abreviada de Afrontamiento	324
Anexo 8: Cuestionario de Satisfacción con la Vida	326
Anexo 9: Escala de Afecto Positivo y Negativo	327
Anexo 10: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	329
Anexo 11: Listado de Síntomas Globales.....	331
Anexo 12: Listado de Síntomas Cardiovasculares	333
Anexo 13: Información a los pacientes y consentimiento informado	334
Anexo 14: Informe del Comité de ética del Hospital Clínico San Carlos.....	335
Anexo 15: Informe del Centro de Servicios sociales de la Junta Municipal de Moncloa.....	336
Anexo 16: Pruebas de homogeneidad de las varianzas: Sexo x Grupo (IC y control).....	337
Anexo 17: Pruebas de homogeneidad de las varianzas: Factor IC.....	338
Anexo 18: Correlaciones bivariadas para la muestra total (N=120)	339

I- APROXIMACIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

Haremos un recorrido sobre el tema propuesto dedicando dos capítulos que abarcarán por una parte el análisis de las ECV, describiendo sus características principales, teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (C.I.E.-10). Por otra parte expondremos aspectos epidemiológicos y demográficos, aportando a su vez los nuevos y últimos datos tanto sobre el estado general de la salud mundial publicados por la OMS, como los procedentes del Instituto Nacional de Estadística.

Una vez realizado esto, analizaremos los principales factores de riesgo (FR) desde el punto de vista médico, continuando con los factores de riesgo psicológicos y psicosociales, tales como el estrés, la depresión, el estatus socioeconómico, el apoyo social, las características de personalidad, al igual que también otros factores de tipo protector como el optimismo, la resiliencia o la autoeficacia. Dentro de los factores personales, nos centraremos en la significación del patrón de conducta Tipo-A, la personalidad Tipo D, la ansiedad o la depresión en el estudio de las ECV.

Por otro lado, dedicaremos otro capítulo para estudiar en concreto la enfermedad objeto de estudio, es decir, la IC, describiendo tanto sus características desde el punto de vista médico, así como analizando una serie de factores personales y psicosociales, teniendo en cuenta los descritos en el capítulo

de la ECV en general, así como otros que han demostrado tener una relación particular con la IC.

Finalmente, intentaremos presentar un marco integrado de entendimiento de las distintas influencias físicas, psicológicas y psicosociales que nos permita entender el trabajo que hemos realizado en la presente tesis doctoral.

2. LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

2.1. CARACTERÍSTICAS

Las ECV comprenden un amplio número de trastornos que afectan al sistema circulatorio y al corazón. Incluyen la enfermedad coronaria (EC), así como la angina de pecho, el infarto de miocardio, el fallo cardíaco congestivo, la hipertensión arterial y los trastornos cerebrovasculares (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

La EC es la enfermedad del corazón más común en el mundo occidental. La principal causa de la EC es la arterosclerosis, un término general que designa varias enfermedades en las que se produce engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial, que se puede originar entre otras, por causas asociadas con la respuesta del Sistema Nervioso Simpático ante el estrés ambiental (incremento de la presión sanguínea, catecolaminas y corticoesteroides). La arterosclerosis va progresando porque se produce una acumulación de lípidos alrededor de la lesión de la pared interna de las arterias, y esto se debe, en parte, al estrés situacional que ocasiona que aumenten estos lípidos (ácidos grasos libres, triglicéridos y colesterol), acumulándose éstos en forma de placas (placa de ateroma) (Schneiderman, 1983). Así las arterias pierden su elasticidad, debido a la calcificación creciente de éstas. Este proceso degenerativo puede dar lugar a episodios recurrentes de angina de pecho, ya que el estrechamiento de las arterias hace que no llegue suficiente sangre al corazón. También puede pasar que se desprenda algún fragmento de la placa de ateroma pasando al torrente sanguíneo,

o bloquearse el conducto arterial por otras causas, produciéndose un infarto de miocardio, debido a la privación prolongada de sangre y oxígeno. Si como consecuencia del infarto se produce una sucesión de arritmias severas, el corazón puede entrar en una fase de impulsos caóticos e incontrolables sobre la contracción de los ventrículos, donde una fibrilación auricular ventricular incrementará notablemente el riesgo de muerte súbita. Por lo tanto, parece que la arterosclerosis es el trastorno subyacente a la manifestación clínica de enfermedades cardíacas (angina de pecho, infarto de miocardio o muerte súbita) (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

2.1.1. Clasificación

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (C.I.E.-10), las ECV se encuentran especificadas y codificadas en el capítulo IX como enfermedades del sistema circulatorio (100-199). Comprenden las siguientes afecciones o grupos de enfermedades con sus códigos correspondientes:

La *fiebre reumática aguda* es una infección faringoamigdalal producida por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A, siendo más frecuente en niños de entre 5 y 15 años.

La *enfermedad cardíaca reumática crónica* (o cardiopatía reumática crónica del corazón) es una lesión cardíaca que puede ser consecuencia de los ataques de fiebre reumática.

Suelen afectarse las válvulas cardíacas, en especial la mitral (y en segundo lugar, con diferencia, la aórtica) y provocar una lesión miocárdica.

Está asociada a deficientes condiciones socioeconómicas, constituyendo la más frecuente cardiopatía en los países más pobres.

Según la organización mundial de la salud (OMS) (1992), en referencia a las personas que padecen ECV, sobre un 30-40%, sufren una valvulopatía crónica, mientras que un 40% de los enfermos con cardiopatía reumática crónica no recuerda ningún antecedente reumático en su infancia.

Trombosis venosa y arterial. La trombosis, o formación de un coágulo que obstruye el flujo sanguíneo, puede producir isquemia o infarto de órganos, puede localizarse en la circulación venosa o arterial. La formación de trombos es consecuencia de una lesión vascular, la activación del proceso de coagulación y disturbios de la corriente sanguínea. La trombosis arterial produce trombos ricos en plaquetas (placas ateroscleróticas). La trombosis venosa se produce por el éxtasis sanguíneo y la consecuente activación de la coagulación.

El *tromboembolismo venoso* tiene dos formas clínicas: la *trombosis venosa profunda* y el *embolismo pulmonar*, consideradas manifestaciones de la misma enfermedad.

La *trombosis arterial* tiene sus manifestaciones más importantes a nivel del sistema cardiovascular (síndromes isquémicos coronarios) y neurovascular (accidentes cerebrovasculares isquémicos).

Enfermedades isquémicas del corazón. La arterosclerosis coronaria (o cardiopatía aterosclerótica) es la base de la casi totalidad de las enfermedades isquémicas del corazón. La isquemia miocárdica es un déficit de oxígeno en algún segmento del corazón, se puede manifestar entre otras como muerte súbita, infarto agudo de miocardio (IAM), angina de pecho, insuficiencia cardiaca congestiva o arritmias.

Enfermedades cerebrovasculares. Son estados patológicos del sistema nervioso central de origen vascular, que se presentan aproximadamente en un 15% de los casos, por una hemorragia de un vaso o, en el 85% de las veces, por procesos tromboembólicos, causando una perturbación del aporte sanguíneo al cerebro produciendo su isquemia o infarto también llamado *accidente cerebrovascular* (ACV), porque a menudo se presentan de forma súbita provocando un déficit neurológico focal debido a esa perturbación del aporte sanguíneo al cerebro.

2.1.2. Datos epidemiológicos y demográficos

La EC sigue siendo la causa principal de muerte en las comunidades más industrializadas y representa, junto con otras ECV, el mayor problema de salud pública de estos países. Se estima que, del total de las muertes por ECV, más del 60% ocurren en el mundo desarrollado (Wielgosz y Nolan, 2000). No obstante, las tasas de mortalidad van declinando durante las últimas décadas en Europa, América del Norte y Australia/Nueva Zelanda, y van acelerándose en América Latina y del Sur, India y África (Méndez y Cowie, 2001). En los países en los que se ha conseguido una reducción significativa de muertes debidas a esta

enfermedad, se han realizado importantes esfuerzos en prevención primaria y en la disminución de los niveles en los factores de riesgo (FR) (Beaglehole, 1990). Así, por ejemplo, en Estados Unidos se ha producido una disminución del 40% en las tres últimas décadas, y en Bélgica, Canadá, Japón, Australia, Nueva Zelanda y Finlandia han pasado a tener una tendencia decreciente desde los años 70. Por contra, nuestro país se encuentra entre los que han experimentado uno de los mayores incrementos durante este tiempo.

A pesar de esta tendencia, los datos publicados por la OMS sobre la carga mundial de morbilidad en el año 2004, con la información disponible de 112 estados miembros de esta organización muestran que, de las más de 130 causas de mortalidad contempladas, las ECV constituyeron la principal, ocasionando el 29% de todos los fallecimientos de ese año. Este porcentaje suponía en varones el 27% y en mujeres el 32%, aunque a partir de la menopausia en las mujeres parece que estos porcentajes se igualan. Hay que señalar, además, que la primera causa era la cardiopatía isquémica y la segunda la enfermedad cerebrovascular (*Infocop Online*, 2008). En nuestro país, los datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística indican que en 2007, las ECV siguen siendo la primera causa de muerte, siendo responsables del 32,2% del total de defunciones, y, como en los datos del 2004 mencionados, se repiten las mismas primera y segunda causa.

Así pues, tanto por sus consecuencias humanas como económicas, las ECV son las que presentan la mayor transcendencia de cuantas existen en la actualidad. Por otra parte, hay una patología cardiovascular cuya incidencia,

prevalencia y mortalidad global sigue aumentando en el mundo desarrollado. Se trata de la Insuficiencia Cardíaca (IC) (Yamani y Massie, 1993). Esta enfermedad, que veremos con más detenimiento en un próximo capítulo, será el objetivo de nuestra investigación, ya que aunque ha originado numerosos estudios en la literatura médica, no se ha visto reflejado ese mismo interés en el entorno psicológico, cuando sin embargo, participan en su inicio y progresión diferentes factores psicosociales que, identificados y tratados, podrían mejorar la calidad de vida de las personas que sufren esta compleja enfermedad.

2.2. FACTORES DE RIESGO MÉDICOS

Otra cuestión no menos relevante, a la vez que consensuada, es el hecho de que la naturaleza de la ECV es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo, son trastornos multifactoriales, por lo que nos encontramos en la necesidad de hablar de FR, tal y como se ha demostrado epidemiológicamente, que parecen estar asociados con la mayor incidencia de estos trastornos.

En los años cincuenta se pusieron en marcha varios estudios epidemiológicos para aclarar las causas de las ECV. En 1948, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos inició el *Framingham Heart Study*, con la finalidad de estudiar la epidemiología y los factores de riesgo de las ECV. La primera cohorte la formaron 5.209 habitantes sanos, de entre 30 y 60 años de edad, que se incorporaron al estudio en 1948, para la realización de exámenes bianuales que

han continuado desde entonces. En 1971, se seleccionó a 5.124 hijos e hijas (y sus cónyuges) de la cohorte inicial, para su inclusión en el *Offspring Study*. Finalmente, en 2002, un total de 4.095 participantes se incorporaron a la cohorte de tercera generación (*Third Generation*) del estudio (O'Donnell y Elosua, 2008).

Además en aquellos años se consideraba que los individuos que presentaban una ECV eran personas con mala suerte. Al acuñar la expresión “factor de riesgo”, el *Framingham Heart Study* facilitó un cambio en el ejercicio de la medicina. En la actualidad, definimos un FR como un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de presentar la enfermedad de interés.

Cuatro años después de iniciado el *Framingham Heart Study*, con 34 casos de infarto de miocardio en la cohorte, los investigadores identificaron el *colesterol elevado y la presión arterial alta* como factores importantes en el desarrollo de la ECV. En los años siguientes, el estudio de Framingham y otros estudios epidemiológicos contribuyeron a identificar otros factores de riesgo que ahora se consideran ya clásicos. Así el *tabaquismo*, antes del estudio de Framingham, no era aceptado como una causa real de cardiopatía; incluso la *American Heart Association* hizo público en 1956 un informe en el que afirmaba que la evidencia existente era insuficiente para llegar a la conclusión de que hubiera una relación causal entre el consumo de cigarrillos y la incidencia de ECV. El estudio de Framingham y el *Albany Cardiovascular Health Center Study* demostraron al

poco tiempo que los fumadores presentaban un aumento del riesgo de infarto de miocardio o muerte súbita. Además, el riesgo estaba relacionado con el número de cigarrillos consumidos al día, y los ex fumadores tenían una morbimortalidad por ECV similar a la de los individuos que nunca habían fumado. Estos resultados fueron confirmados por otros estudios epidemiológicos, y ello situó el tabaquismo como una cuestión de alta prioridad en los programas de prevención (O'Donnell y Elosua, 2008).

Por otra parte el *consumo de alcohol*, tiene unas connotaciones diferentes. Así mientras que el consumo moderado, aumenta los niveles de lipoproteínas de alta densidad, lo que lo convierte en un agente cardioprotector, por el contrario grandes dosis de alcohol, pueden ser cardiotóxicas, y pueden producir cardiopatía; el alcohol puede aumentar la presión arterial, incrementando el riesgo de sufrir un accidente cardiovascular en pacientes hipertensos (Fernández-Abascal *et al.*, 2003).

Otro FR que se identificó fue la *diabetes*, la cual se asocia a un aumento de 2-3 veces en la probabilidad de aparición de una ECV, y este aumento es mayor en las mujeres que en los varones; la intolerancia a la glucosa se asocia también a un aumento de 1,5 veces en el riesgo de aparición de ECV. Además, la diabetes se asocia también a una mayor probabilidad de aparición de hipertrigliceridemia, colesterol HDL (llamado tradicionalmente “colesterol bueno”) bajo, presión arterial alta y obesidad, que generalmente preceden a la aparición de la diabetes.

También diversos estudios epidemiológicos han confirmado que hay relación entre la *inactividad física* y la ECV. Los individuos sedentarios tienen el doble de riesgo de morir de ECV en comparación con individuos que realizan actividad física de forma regular (Powell y Blair, 1994). Igualmente la *obesidad* es un trastorno metabólico crónico asociado a numerosas comorbilidades, como EC, ECV, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, determinados cánceres y apnea durante el sueño. Además, la obesidad es un factor independiente del riesgo de mortalidad por todas las causas, relación que también fue identificada en el citado estudio de Framingham.

Todos estos factores excepto la diabetes, tienen en común que pueden ser modificables, contribuyendo por tanto a la prevención y tratamiento de la EC. Sin embargo hay otros factores no modificables, que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida. Los principales son la edad y el sexo. También la diabetes mellitus y la historia familiar de accidentes cardiovasculares se encontrarían dentro de estos factores. Respecto a la EC, en relación con el sexo, los hombres presentan un mayor riesgo que las mujeres sobre todo en edades inferiores a los 45 años, a partir de esta edad tienden a igualarse. La edad es otro de los factores que mantiene una relación directa con el riesgo, con una mayor edad mayor riesgo, siendo especialmente crítico a partir de los 40 años y máximo a los 60. En lo que se refiere a los antecedentes familiares, la existencia de uno o más parientes con eventos coronarios, especialmente si estos eventos han tenido lugar antes de

los 60 años, será un índice más de vulnerabilidad (Fernández-Abascal *et al.*, 2003).

Todos estos FR, además de influir en el desarrollo y curso de la enfermedad, están influidos por ésta y por el régimen de tratamiento. Con todo ello, el efecto convergente de más de un FR potenciaría sensiblemente la ocurrencia de una disfunción cardiovascular.

2.3. FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Como expusimos en nuestra introducción, no es posible en la actualidad construir un modelo etiológico para las ECV de carácter estrictamente médico, pues los resultados de diferentes investigaciones revelan que los factores tradicionales, tomados conjuntamente, no alcanzan a explicar ni siquiera el 50% de los casos. Además, la mayoría de estos FR, están asociados a ciertos hábitos de conducta y estilos de vida insanos (tabaquismo, obesidad, consumo de alcohol, sedentarismo, etc.) susceptibles de control, modificación y también de prevención (Pérez-García y Sanjuán, 2003). Es por ello que pasamos a explicar otros factores que están ejerciendo un papel importante en las ECV, y que nos abren el camino desde lo médico a lo psicológico.

Así, por ejemplo, siguiendo a Krantz y McCeney (2002) se han identificado cinco variables claves como posibles factores psicológicos y psicosociales de riesgo en la aparición y desarrollo de la ECV: los FR crónicos

versus agudos, el estatus socioeconómico, el apoyo social, la depresión y la hostilidad. En este apartado nos centraremos en estos dos últimos factores o variables del individuo, como la depresión, así como ciertos patrones de conducta que incluyen entre sus componentes la hostilidad (PCTA) o el afecto negativo (Tipo-D). Los otros tres factores (estatus socioeconómico, estrés y apoyo social) de carácter más social o psicosocial, se verán en un apartado posterior.

2.3.1. Patrón de Conducta Tipo-A

El patrón de conducta Tipo-A (PCTA) se caracteriza por la tendencia a mostrar una serie de conductas características como son la ambición, competitividad e implicación laboral, impaciencia, urgencia temporal y actitudes hostiles. Estas características cuando se dan en exceso en las personas hacen que éstas, permanezcan frecuentemente en situaciones de estrés y riesgo personal, factores que en última instancia, perjudicarán sus condiciones de salud (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 2008). Este patrón fue descubierto por los cardiólogos Friedman y Rosenman (1959), observando su mayor presencia en pacientes que presentaban cardiopatía isquémica. Las personas que muestran estas características serían catalogadas como Tipo-A, mientras que los sujetos que se caracterizan por la ausencia de ellas, se denominarían Tipo-B (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

Dentro del patrón se han identificado cuatro componentes como los más relevantes a la hora de explicar la conducta y los correlatos fisiológicos de las personas Tipo-A. El componente de *competitividad* se define por el constante afán

de la persona Tipo-A por sobresalir y tener un buen rendimiento (Matthews y Volkin, 1981; Pérez-García y Sanjuán, 1996; Sanjuán y Pérez-García, 1995a,b; Weidner y Matthews, 1978), un elevado nivel de aspiraciones (Grimm y Yarnold, 1984), preferencia por tareas que exijan altos retos o demandas (Glass, 1977; Holmes, McGilley y Houston, 1984; Ortega y Pipal, 1984; Smith y Rhodewalt, 1986); y fuertes deseos de ejercer el control (Miller, Lack y Asroff, 1985; Strube y Werner, 1985). Para obtener este rendimiento se centran en estímulos ambientales relevantes para la tarea en la que necesitan sobresalir, ignorando la estimulación periférica que pueda interferir en la adecuada realización de la misma. Es lo que se llama focalización atencional (ver Sanjuán y Pérez-García, 1995a,b para una revisión sobre el tema) .

Por otra parte el componente de *sobrecarga laboral* se refiere a la sobre-implicación con su trabajo o profesión y esa sobre-implicación se expresa en algunas o todas las características anteriormente citadas (esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos, elevada competitividad, etc.). Estas conductas se complementan con el descuido de otras áreas de su vida.

Los individuos Tipo-A no sólo se esfuerzan constantemente por rendir más y mejor, sino que además quieren hacerlo en el menor tiempo posible. Así el componente de *impaciencia* estaría haciendo referencia a una marcada urgencia temporal. En tareas donde tienen que actuar con paciencia y trabajar lentamente rinden peor que los sujetos Tipo-B.

Finalmente, el componente de *hostilidad* se refiere a que las personas Tipo-A reaccionan agresivamente al verse interrumpidas mientras están trabajando, debido a la necesidad de alcanzar el rendimiento que se han propuesto. Además esta hostilidad les lleva a su vez a tener peores redes sociales, no disponiendo por tanto de un adecuado apoyo social (Smith y Sanders, 1986; Suls, Becker y Mullen, 1981).

Los primeros estudios longitudinales y transversales sobre PCTA llevaron a concluir que se trataba de un FR para la ECV, independiente del determinado por la edad, el colesterol sérico (el que circula en la sangre constantemente), el tabaquismo, y aproximadamente igual al de todos estos factores unidos (Review Panel, 1981). Aunque este hecho fue de suma importancia ya que era la primera vez que se otorgaba a un factor de naturaleza psicosocial un valor de riesgo para la ECV, empezaron a aparecer resultados contradictorios que pusieron en tela de juicio estos hallazgos.

Así a pesar de que muchos estudios apoyan la posibilidad de considerarlo como un FR, existen también otros muchos estudios que no encuentran asociación entre PCTA y enfermedad cardíaca (Appels *et al.*, 1987; Calvo, Alemán, Alemán y Ojeda, 2002; Huysamen, 1994; Jenkinson, Medeley, Mitchell y Turner, 1993), algunos sólo encuentran relación entre alguno de los componentes del PCTA y las ECV o la relación se produce en condiciones estresantes muy concretas. También estudios prospectivos como el *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (Shekelle *et al.*, 1985), el *Aspirin Myocardial Infarction Study* (Shekelle, Gale y Norusis,

1985), o el trabajo del *Multicenter Post Infarction Research Group* (Case, Heller, Case y Moss, 1985), entre otros, aportaron datos discrepantes, no pudiendo encontrarse asociación entre la conducta Tipo-A y los trastornos coronarios (infarto o mortalidad).

Además con el devenir de la investigación se fueron suscitando distintas críticas al PCTA (Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García, 1998; Sanjuán y Pérez-García, 1995c), siendo la más importante la de su consideración como constructo multidimensional, lo que ha llevado a la búsqueda e identificación del componente tóxico en el constructo Tipo-A, capaz de predecir la aparición de ECV. Actualmente, se considera que el componente de hostilidad del PCTA es el más importante para detectar a los sujetos propensos a sufrir ECV (Barefoot, Dahlstrom y Willians, 1983; Dembroski, MacDougall, Costa y Grandits, 1989; Gallacher, Sweetnam, Yarnell, Elwood y Stansfeld, 2003; Hecker, Chesney, Black y Frautschi, 1988; King, 1977; MacDougall, Dembroski, Dimsdale y Hackett, 1985; Matthews, 1988; Rosenman y Palmero, 1998; Shekelle, Gale, Ostfeld y Paul, 1983; Williams *et al.*, 1980).

Por otra parte, si queremos establecer una conexión entre una serie de características de personalidad como es el PCTA con la ECV, es decir entre un factor psicológico y un proceso físico, será necesario establecer un mecanismo o un puente de unión que permita dar una explicación a dicha unión. El mecanismo más aceptado es el de la exagerada reactividad fisiológica ante el estrés. Cuando se habla de reactividad se alude a los cambios cardiovasculares y/o endocrinos

que se producen en respuesta al estrés, mostrando una diferencia con los niveles psicofisiológicos que aparecen en períodos de línea base. Así supuestamente *algunas personas*, ante situaciones que perciben como estresantes, reaccionan con reactividad simpática (produciéndose una mayor actividad cardiovascular, aumentando su presión sanguínea y frecuencia cardíaca), endocrina (adrenalina, noradrenalina y cortisol) o de otras medidas como colesterol, triglicéridos, entre otras (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

Ahora bien, este patrón de reactividad fisiológica produce una serie de alteraciones cardiovasculares, siendo la hipótesis más sostenida para asociar ambos procesos, el desarrollo de la arterosclerosis. Como ya hemos comentado, determinadas personas se ven implicadas en gran cantidad de situaciones potencialmente elicitoras de reactividad, lo que iría progresivamente dañando la estructura del sistema circulatorio y produciéndose un desequilibrio reactivo casi crónico. La consecuencia sería un bloqueo o estrechamiento de las arterias, o arterosclerosis, que como se explicó al inicio de este capítulo, es el factor desencadenante de ECV más relevante.

2.3.2. Personalidad Tipo-D

Algunas investigaciones analizan la personalidad Tipo-D, o personalidad *distressed* (Denollet, 1997), relacionada con los problemas cardiovasculares. Básicamente el Tipo-D se caracteriza por afectividad negativa e inhibición social. Mientras que el PCTA y la hostilidad se han relacionado con el origen y

desarrollo de las ECV, el constructo de personalidad Tipo-D parece aplicarse en mayor medida a la progresión de dichas enfermedades (Pérez-García y Sanjuán, 2003). La afectividad negativa puede definirse como la tendencia a experimentar emociones negativas a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, en interacción con la inhibición social en la cual la persona no exterioriza o tiende a inhibir conductas y emociones en circunstancias donde se produce interacción social.

Según Denollet (1997), estas características de personalidad tendrían un papel explicativo importante en el análisis de la progresión de las ECV. Así los pacientes coronarios experimentarían simultáneamente tanto emociones negativas, como la inhibición de éstas en situaciones de interacción social, aumentando por tanto la probabilidad de que experimenten malestar (*distress*) durante más tiempo y en más situaciones.

Existe evidencia empírica que sugiere que una combinación de alta afectividad negativa y alta inhibición social suele estar presente en pacientes con riesgo de ECV (Denollet, 2000; Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000). La evidencia acumulada hasta el momento indica que los pacientes cardíacos con personalidad Tipo-D tienen un incremento significativo en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales (Pedersen y Denollet, 2003). Los pacientes con personalidad Tipo-D también tienen un mayor riesgo de sufrir estrés psicosocial negativo, de tener una calidad de vida más deteriorada y de beneficiarse menos con los tratamientos médicos.

Según Denollet y colaboradores (1996), el estrés negativo (*distress*), propio de la personalidad Tipo-D puede provocar la ECV de forma directa a través de mecanismos fisiológicos. El Tipo-D también podría relacionarse con la enfermedad de forma indirecta por su influencia en comportamientos relacionados con la salud como una pobre adherencia al tratamiento; también podría influir negativamente en la comunicación con los médicos. Todo esto incidiría en la gravedad de la enfermedad y en un incremento en el riesgo de mortalidad de estos pacientes. Existiría un tercer mecanismo posible que relaciona el Tipo-D con las ECV, considerando a éste como una mera manifestación conductual de un factor biológico o genético subyacente que predispone a las personas a tener problemas de salud (Denollet *et al.*, 1996).

Más recientemente Pedersen y colaboradores (2004) investigaron los efectos negativos de la personalidad Tipo-D en pacientes con EC después de una intervención coronaria percutánea, en un estudio de seguimiento de 9 meses. Este estudio fue el primero en investigar la influencia de los FR psicológicos en el pronóstico de pacientes tras una intervención de estas características. El Tipo-D fue un predictor de resultados adversos en pacientes que estaban recibiendo un tratamiento óptimo, con los últimos avances en intervención en cardiología, incrementándose significativamente la probabilidad de muerte o de infarto de miocardio en el grupo estudiado.

Además también ha sido demostrada la relación entre personalidad Tipo-D y ciertos índices de salud cardiovascular, como la presión sanguínea, en estudios de laboratorio (Habra, Linden, Anderson y Weinberg, 2003).

Una revisión de estudios sobre el patrón Tipo-D, asocian a éste con mayor reactividad y menor recuperación cardiovascular, menor variabilidad de la frecuencia cardíaca y una incidencia de la mortalidad cardíaca a largo plazo (Sher, 2005). Así en una muestra de pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca, las muertes por causas cardíacas se cuadruplicaron en los pacientes con personalidad Tipo-D, incluso después de controlar los FR tradicionales. Esta observación fue posteriormente reproducida en una muestra independiente de más de 300 pacientes con EC. El Tipo-D fue un predictor independiente de mortalidad cardíaca e infarto de miocardio no mortal. Otro estudio realizado por Appels, Golombeck, Gorgels, de Vreede y van Breukelen (2000) investigó el efecto de la personalidad Tipo-D en la muerte cardíaca súbita. A continuación fueron entrevistados los familiares más cercanos a las víctimas. Los pacientes que puntuaron alto en afectividad negativa e inhibición social, según los informes recogidos de los familiares más allegados, habían tenido siete veces más riesgo de muerte cardíaca súbita, después de controlar los factores de riesgo biomédicos. También la personalidad Tipo-D y la edad mayor eran indicadores independientes del desarrollo de un cáncer en pacientes con ECV.

Por otra parte, elevados niveles de cortisol pudieran ser un factor de mediación en la asociación entre la personalidad Tipo-D y el aumento del riesgo

de EC y, posiblemente, otras enfermedades médicas. Es importante señalar que el cortisol no es el único factor de mediación en esta asociación. Así un estudio reciente sugiere que la personalidad Tipo-D se asocia con un aumento de los niveles circulantes de las citocinas, factor de necrosis tumoral y de sus receptores solubles 1 y 2, que son predictores de mortalidad en enfermedades crónicas del corazón. También la depresión se asocia con alteraciones en el control de retroalimentación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) que contribuyen a los niveles más altos de cortisol durante los episodios de depresión. Además parece que algunas personas Tipo-D pueden tener alteraciones en el eje HPA que son similares a las manifestadas por los pacientes deprimidos (ver Sher, 2005 para una revisión sobre el tema).

Otra investigación más reciente concluye que la personalidad Tipo D resulta ser un predictor independiente de mortalidad en la enfermedad cardíaca, más allá de los factores tradicionales (Aquarius *et al.*, 2009).

Por los datos presentados puede concluirse la importancia de la consideración conjunta de aspectos como la afectividad negativa y el aislamiento social, en el estudio del pronóstico de los pacientes con ECV (Denollet *et al.*, 1996).

2.3.3. Hostilidad

Cuando hemos descrito el PCTA, hemos introducido la hostilidad, desde un punto de vista instrumental, es decir, la reacción hostil se disparaba cuando se impedía

al sujeto obtener sus metas, traduciéndose en el Tipo-A en un habla fuerte y con tendencia a interrumpir al interlocutor, así como en expresiones faciales características de irritabilidad.

Sin embargo, para definir la hostilidad es necesario entenderla como un constructo multidimensional, que incluye aspectos emocionales (reacciones de ira), cognitivos (susplicacia, desconfianza) y comportamentales (maneras de expresión verbal y motora) (Barefoot, 1992; Smith, 1994). Un importante esfuerzo en este sentido fue la formulación realizada por Spielberger, Krasner y Solomon (1988) del denominado *síndrome AHA (anger-hostility-aggression)* o AHI (agresión-hostilidad-ira), como complejo que denota riesgo para la ECV. Así el componente emocional, sería lo que conocemos por ira, que puede definirse a su vez como una emoción displacentera que puede ser variable en su intensidad, desde una simple irritación hasta la rabia o la furia. El componente cognitivo incluiría toda una serie de pensamientos, creencias, juicios y actitudes negativas sobre la gente, que englobaría tres conceptos: cinismo, desconfianza y denigración. Éstos implican una devaluación de los motivos de los demás, con oposición a ellos, esperando lo peor de las personas, y deseando infligir daño o que las mismas sean dañadas por otros. Por último el componente comportamental, sería la agresión propiamente dicha, se refiere a la conducta abierta, definida típicamente por acciones de daño o perjuicio, e irían desde ataques verbales como insultos, o sarcasmo, hasta acciones físicas directas, siendo éstas últimas menos comunes.

Por otra parte se han ido haciendo distinciones conceptuales dentro de los distintos componentes. Así el componente ira a su vez podría referirse a la *ira interiorizada o ira-in*, e *ira exteriorizada o ira-out*. La ira interiorizada se caracteriza porque se inhibe la expresión de la ira, mientras que en la ira exteriorizada ocurre lo contrario. La persona tiene una tendencia a reaccionar con agresión verbal o física (ver Spielberger *et al.*, 1985 para una revisión). La evidencia empírica en lo que respecta a la implicación diferencial de las distintas formas de expresión de la ira en su relación con la EC, aún no es del todo clara (Sandín *et al.*, 2008).

También se ha distinguido entre *experiencia y expresión de hostilidad*. Mientras que la experiencia de hostilidad hace referencia a factores subjetivos, como procesos afectivos que incluyen la ira y emociones relacionadas, así como procesos cognitivos de hostilidad, suspicacia y cinismo, la hostilidad expresada se refiere a la conducta agresiva abierta ya sea verbal o física. No obstante, todos estos constructos suelen estar correlacionados entre sí, y además las medidas de éstos suelen valorar más de un componente, por lo que todas estas distinciones a nivel conceptual en la práctica son difíciles de realizar y mantener.

En este sentido, en la investigación se han utilizado distintas medidas de la hostilidad y sus componentes que podrían relacionarse con el inicio y/o el desarrollo de la EC, tales como: la escala de hostilidad (Ho) de Cook y Medley (1954); estimaciones del potencial de hostilidad (PH) derivadas de la entrevista estructurada del Tipo-A (véase Dembroski y Costa, 1987, para una revisión); el

inventario de hostilidad de Buss y Durkee (1957), o la variable de antagonismo de los “cinco grandes” factores de personalidad (Costa, McCrae y Dembroski, 1989; Digman, 1990).

Recordaremos, brevemente, las distintas pruebas de autoinforme que se utilizan para medir el *Síndrome AHI*, especialmente, hostilidad e ira. Entre los instrumentos más referidos para medir la ira, algunos surgidos y utilizados en el ámbito clínico y otros surgidos para la investigación, se encuentran los siguientes:

- ***Inventario de Ira de Novaco*** (1975), adaptación española de Martín y Fernández-Abascal (1994): Está formado por 90 ítem que hacen referencia a situaciones potencialmente provocadoras de ira, a los que se responde en una escala Likert de 5 puntos (de “muy poco” a “muchísimo”) y proporciona un índice global del nivel de ira de la persona.
- ***Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo*** (STAXI) (Spielberger, *et al.*, 1985): Consta de 44 elementos en ocho escalas de valoración, estas escalas serían: estado de ira, rasgo de ira, temperamento airado, reacción airada, control de la ira, ira hacia fuera, ira hacia dentro y expresión de ira. Este instrumento ha sido el más usado para evaluar la ira en gran número de investigaciones, y ha sido sometido también a diferentes estudios psicométricos obteniendo buenos índices de fiabilidad y validez. Existe la adaptación española de la versión STAXI-2 (Miguel Tobal, Casado, Cano y Spielberger, 2001)

- ***Inventario Multidimensional de Ira*** (MAI) (Siegel, 1986): Este instrumento contempla la ira como un constructo multidimensional. Está compuesto por cinco escalas: ira hacia adentro, ira hacia fuera, rango de situaciones elicitoras de ira y punto de vista hostil e ira general.
- ***Inventario de Control de la Ira*** (Hoshmand y Austin, 1987): Este inventario está compuesto de diez subescalas: ver abusos en otros, intrusión, degradación personal, traición de la confianza, malestar, control externo y coacción, abuso verbal, abuso físico, trato injusto y bloqueo de metas.
- **Otros:** Las *Escalas de Ira de Framingham*, prueba en formato autoinforme que mide cuatro aspectos de esta emoción: los síntomas de ira, la ira hacia dentro, ira hacia fuera y la comunicación de la ira (Haynes, 1978). La *Escala de Autoinforme de Ira* (Zelyn, Adler y Myerson, 1972) incluye cinco subescalas: conciencia de ira, expresión de ira, culpabilidad, condenación de la ira y desconfianza. Y finalmente, la *Escala de Ira hacia dentro y hacia fuera* (Harburg, Blakelock y Roeper, 1979) que incluye escalas para medir tres dimensiones: la ira hacia adentro, la ira hacia fuera y la reflexión.

Por otra parte, los instrumentos más usados para medir la hostilidad serían los que se describen brevemente a continuación:

- ***Inventario S-R de Hostilidad*** (Endler y Hunt, 1969; versión española, Sánchez-Elvira, Bermúdez y Pérez-García, 1990): Es una prueba formada por ocho situaciones elicitoras de hostilidad y una de carácter neutro. La persona debe informar en cada situación sobre su forma de reaccionar ante la

misma. El inventario evalúa dos formas de respuesta diferenciadas, una que se refiere a reactividad conductual (por ejemplo, hablo a gritos, pierdo el control en mis actos, etc.) y otra que se refiere a reactividad fisiológica (por ejemplo, el corazón me late más deprisa, sudo, etc.).

- ***Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee*** (BDHI) (Buss-Durkee, 1957; adaptación española Martín y Fernández-Abascal, 1994). Está compuesto por 75 elementos a los que se contesta de forma dicotómica (Verdadero-Falso), agrupados en siete subescalas: asalto, hostilidad verbal, hostilidad indirecta, irritabilidad, suspicacia y resentimiento. A su vez la componen dos factores, el primer factor u *hostilidad neurótica* implica las características de experiencia de hostilidad e incluye las subescalas de suspicacia y resentimiento, mientras que el segundo factor u *hostilidad reactiva o expresiva* está formado por las subescalas de asalto, hostilidad verbal, hostilidad indirecta, irritabilidad. Ambos factores correlacionan con la ECV, empleándose esta prueba en el campo clínico y en investigación.
- ***Cuestionario de Hostilidad de Cook y Medley*** (Cook y Medley, 1954, versión española Bermúdez, Fernández y Sánchez-Elvira, 1992): Está compuesto de 50 elementos extraídos del MMPI a los que se responde de forma dicotómica (Verdadero-Falso), agrupados en seis subescalas que son: cinismo, sentimiento hostil, respuestas agresivas, atribución hostil, evitación y otros. Las escalas de cinismo, sentimiento hostil y respuestas agresivas conforman la *medida compuesta de hostilidad* siendo esta medida mejor predictor que la escala

completa o las distintas subescalas en su correlación con la mortalidad producida por ECV.

- **Otros:** Podría citarse el *Cuestionario de hostilidad y su dirección* de Foulds, Caine y Creasy (1960) que incluye cinco escalas: hostilidad hacia fuera, crítica de los otros, proyección de hostilidad engañosa, autocrítica y culpabilidad. La *Escala de Hostilidad Manifiesta* de Siegel (1986), que mide la fuerza para expresar la hostilidad. Y por último, el *Cuestionario de Agresión* de Buss y Perry (1992), que sería un instrumento para la evaluación de diferentes componentes como la agresión física, la agresión verbal, o la ira-hostilidad.

La hostilidad, bien como componente del PCTA o bien tomada de forma aislada, parece estar asociada con reactividad fisiológica y con el padecimiento de ECV (Helmers, Posluszny y Krantz, 1994; Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Sanjuán y Pérez-García, 1999; Scheier y Bridges, 1995; Siegler, 1994). Por otra parte la hostilidad también se relaciona con otros FR de peor salud física, como la edad, el sexo, el estatus social, el tabaquismo, la excesiva ingesta de alcohol, así como con conducir bajo los efectos de éste, alto consumo de cafeína, alimentación rica en grasas y calorías, escasa actividad física, presión arterial alta, mayor masa corporal, problemas con el sueño, o desatención a los tratamientos médicos (Miller *et al.*, 1996).

Cuando explicamos el PCTA tuvimos que establecer un mecanismo que estableciera un puente entre éste y la ECV. Para ello acudimos a la mayor reactividad que se produce en estos sujetos ante el estrés, comparados con el resto

de sujetos, que serían los llamados Tipo B. De la misma forma para explicar la mayor incidencia de ECV entre las personas hostiles, uno de los modelos al que podemos acudir es también la excesiva y/o prolongada reactividad fisiológica cuando tienen que enfrentarse ante distintas situaciones estresantes. Así la mayoría de estudios parecen probar esta hipótesis: los sujetos más hostiles son fisiológicamente más reactivos que los no hostiles (Engebretson y Matthews, 1992; Ganster, Schaubroeck, Sime y Mayes, 1991; Räikkönen, Matthews, Flory y Owen, 1999). Pero además esta exagerada reactividad fisiológica de los sujetos hostiles se produce en unas condiciones determinadas, como pueden ser retos interpersonales, situaciones de crítica u hostigamiento (Guyll y Contrada, 1998; Lyness, 1993; Miller *et al.*, 1996; Suarez, Kuhn, Schanberg, Williams y Zimmermann, 1998; Suarez y Willians, 1990; Suls y Wan, 1993). Lo que ocurriría es que cuando los sujetos hostiles se encuentran en este tipo de situaciones, se activan en ellos determinados estados emocionales negativos como irritación, tensión, nerviosismo, preocupación, ansiedad, ira, responsables últimos de la reactividad cardiovascular (RCV) y neuroendocrina (Räikkönen *et al.*, 1999; Suarez *et al.*, 1998; Vögele, 1998).

Aunque la mayoría de los trabajos que vinculan la hostilidad con la mayor reactividad cardiovascular se han llevado a cabo en el laboratorio, cada vez se están realizando más estudios de forma ambulatoria, es decir, midiendo los distintos parámetros fisiológicos mientras los sujetos realizan sus actividades diarias (Guyll y Contrada, 1998; Jamner, Shapiro, Hui, Oakley y Lovett, 1993; Räikkönen *et al.*, 1999; Shapiro, Goldstein y Jamner, 1996). También en estos

estudios se ha obtenido una mayor reactividad cardiovascular de los sujetos hostiles.

Por otra parte, parece que algunos autores proponen que tal vez la hostilidad sea mejor predictor de la reactividad cardiovascular cuando se toma en interacción con otras variables. Así una variable que proponen en interacción con la hostilidad es la defensividad, que se define como la tendencia a reprimir aspectos de uno mismo no aceptados socialmente (Helmets y Krantz, 1996; Larson y Langer, 1997; Mente y Helmers, 1999; o Palmero, Brea y Landeta, 2002; entre otros).

Nos hemos referido a la mayor reactividad fisiológica que muestran los sujetos hostiles como un posible modelo que relaciona la hostilidad con la enfermedad. Sin embargo, éste no es el único mecanismo que se ha estudiado, proponiéndose distintas vías por las que la hostilidad puede relacionarse con la patología coronaria.

Según el modelo conducta-salud (Leiker y Haley, 1988) hay diversos hábitos que son factores de riesgo para la salud, sugiriéndose que la hostilidad podría potenciar estos hábitos nocivos, por lo que tendría así un efecto indirecto sobre las ECV. La revisión de Miller y colaboradores (1996), pareció demostrar que la hostilidad es un factor independiente de riesgo cuando se controlan los factores tradicionales, por lo que este modelo no pareció útil para explicar la asociación de la hostilidad con dicha enfermedad. Sin embargo una nueva y reciente revisión ha concluido no sólo la gran importancia de la ira y la hostilidad

en las enfermedades del corazón, sino también que esta asociación parece estar mediada por los hábitos de vida, así como por la situación socioeconómica (Chida y Steptoe, 2009).

Por otra parte, también se ha sugerido que la hostilidad se asocia con una mayor vulnerabilidad psicosocial, es decir, las personas hostiles tendrían menores niveles de apoyo social acompañados de grandes niveles de insatisfacción interpersonal, así como una tendencia a sufrir mayores sucesos vitales estresantes. También a su vez es posible que el nivel de hostilidad, junto a estrategias de afrontamiento poco efectivas, les lleve a padecer ansiedad y depresión que por otra parte se asocian con respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas que contribuyen a la ECV (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

Por último habría un modelo que integraría tanto la reactividad fisiológica, como la vulnerabilidad psicosocial que acabamos de describir. Nos estamos refiriendo al llamado modelo transaccional según el cual las personas que experimentan hostilidad producen a su vez conductas agresivas que les llevan a tener conflictos interpersonales, provocando así mismo hostilidad en los otros, lo que conduce a que obtengan menor apoyo social, experimentando al mismo tiempo emociones negativas que se acompañan de una mayor reactividad fisiológica. Es como si estas personas de alguna manera, crearan y buscaran este tipo de situaciones, funcionando en un constante estado de vigilancia de su entorno, repercutiendo todo ello en cambios fisiológicos, los cuales pueden llegar a convertirse en crónicos (ver Pérez-García y Sanjuán, 2003, para una revisión).

2.3.4. Ansiedad y depresión

Cuando empezamos a explicar los factores de riesgo psicológicos, identificamos cinco variables clave en la aparición y desarrollo de la ECV. Pues bien, la depresión constituye una de ellas, puesto que constituye un factor de riesgo de primer orden en relación con probables complicaciones o la muerte tras el infarto de miocardio (Sandín, 2002). Por otro lado la ansiedad y los trastornos de ansiedad, se asocian notablemente a la morbilidad y mortalidad por causas cardíacas. Así entre los enfermos coronarios hay un alto porcentaje con trastornos de pánico (entre un 5 y un 23%). El trastorno de pánico puede agravar la enfermedad produciendo incrementos de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea, y de la resistencia de la musculatura lisa en los pequeños vasos sanguíneos.

Pero también ocurre en dirección contraria, es decir la propia isquemia cardíaca puede activar las neuronas del *locus coeruleus*, exacerbando así los síntomas de pánico. Este proceso parece ocurrir por un incremento de la hiperventilación, la cual incrementada por la ansiedad, precipitaría el espasmo coronario, que al mismo tiempo, podría dar lugar a una angina de pecho, arritmias ventriculares e infarto de miocardio Además como ocurre con la depresión, parece que la ansiedad se origina como reacción tras un infarto de miocardio, existiendo mayores complicaciones postinfarto en los pacientes que presentan elevados niveles de ésta (Sandín, 2002).

Además parece que ambas, ejercen un papel tanto o más importante que la hostilidad. Esto se evidencia ya en los metaanálisis pioneros de Booth-Kewley y Friedman (1987) y de Matthews (1988). También, según el debate actual, parece que por ejemplo la depresión en cardiacos no implica una categoría de diagnóstico homogéneo sino que podría comprender claramente diferentes subtipos y ser cualitativamente diferente de la depresión en pacientes psiquiátricos (ver Denollet y Pedersen, 2009 para una revisión sobre el tema).

La depresión y la ansiedad son dos condiciones frecuentes en pacientes con infarto o angina inestable con una prevalencia del 17-40% y del 24-31%, respectivamente. De acuerdo a lo informado en la literatura se prevé que para el año 2020 la cardiopatía isquémica y la depresión estarán en primer y segundo lugar como causas de morbilidad a nivel mundial (Molina *et al.*, 2009).

Partiendo del análisis de ciertos datos de la revisión de la literatura, se podría concluir que la ansiedad parece involucrada en el comienzo de la EC, mientras que la depresión parece más relevante en la evolución de la misma. No obstante, toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto (López Ibor, 2007).

Diversos estudios han analizado este tipo de relaciones, algunos de los cuales exponemos a continuación.

La depresión ha sido estudiada como FR de EC tanto en población general como con pacientes con problemas cardiacos. Así, Nicholson, Kuper y Hemingway (2006) efectuaron un metaanálisis de los resultados de estudios realizados en población general en cuanto a la asociación entre el desarrollo de EC y la depresión (llamados estudios *etiológicos*). Encontraron que en 21 estudios, que incluían a 124.509 personas, 4.016 presentaron eventos coronarios (infarto o muerte cardiovascular) a lo largo de un seguimiento promedio de 10,8 años, siendo los pacientes deprimidos los que tuvieron un riesgo 81% mayor que los no deprimidos de presentar un infarto de miocardio o de sufrir una muerte cardiaca.

Respecto a los estudios con pacientes coronarios, la mayor parte de ellos se refieren a pacientes con IAM. Los mismos autores, encontraron en un metaanálisis de 34 estudios (llamados *pronósticos*) donde estaban incluidos 17.842 pacientes con EC [infarto o coronariopatía con demostración angiográfica de los cuales murieron 1.867 (10,5%) a lo largo de un seguimiento promedio de 3,2 años], que el riesgo de enfermar o morir por EC era 80% mayor en los pacientes deprimidos. Por tanto las conclusiones eran las mismas en ambos casos (estudios etiológicos y estudios pronósticos). Sin embargo, los autores consideran que existe un sesgo de sobreestimación del riesgo ya que no se realizó en esos estudios un adecuado ajuste según los factores de riesgo convencionales, y que puede existir una causalidad reversa, es decir que los pacientes con EC más grave tienden a estar más deprimidos, y no ser la depresión causa sino consecuencia de

la EC, por lo que concluyen que no puede incluirse a la depresión entre los factores de riesgo coronario independientes establecidos, lo cual, por otra parte, no significa que no deba ser tratada la depresión, sea o no causa de EC.

Siguiendo esta línea, un estudio realizado en Holanda con 468 pacientes que padecieron IAM encontró que sólo los que sufren depresión desarrollada a partir del IAM, y no previa, tienen peor evolución de la enfermedad (muerte y re-hospitalizaciones por causas cardiovasculares) (Nicholson *et al.*, 2006). Finalmente, en otro estudio se confirmó que es la depresión presente durante una hospitalización por IAM, pero no la historia previa de depresión, la que implica un riesgo mayor de muerte en 750 pacientes cinco años después (Romero, 2007).

2.4. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Siguiendo a Krantz y McCeney (2002), también las variables psicosociales constituyen factores de riesgo en la aparición y desarrollo de la EC. Cuando los describimos más atrás, expusimos que tanto los factores de riesgo crónicos como agudos constituían elementos importantes a tener en cuenta en la enfermedad. Así entre los *factores de riesgo crónicos psicológicos* estaría, por ejemplo, el estrés laboral (Chorot y Sandín, 1994) definido como estar sometidos a altas y constantes demandas, al tiempo que la persona percibe bajo control sobre las mismas, o desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa. Este factor ha sido asociado con mayor riesgo de EC en pacientes sanos (Bosma, Peter, Siegrist y Marmot, 1988). Un *factor de riesgo agudo* sería por ejemplo, los acontecimientos estresantes que pueden desencadenar problemas como isquemia, infarto, o muerte

súbita. Así un factor estresante agudo típico y relativamente bien estudiado es sufrir un terremoto, analizando todas las consecuencias psicológicas que tiene.

Otra variable importante es el *estatus socioeconómico*, que se define como la ocupación del individuo, los recursos económicos, nivel social, y educación, siendo el bajo estatus socioeconómico un predictor importante de riesgo cardiovascular (Adler y Ostrove, 1999), así como de un peor pronóstico en los pacientes cardíacos (Williams *et al.*, 1992), realizando por ejemplo conductas de riesgo, manteniendo hábitos nocivos para la salud, o también a través de un bajo o inadecuado apoyo social, así como un estrés crónico debido a tensiones laborales o problemas económicos. Hay estudios que indican un gradiente entre el bajo nivel socioeconómico y eventos cardíacos, debido a que estos se acompañan en mayor medida de hábitos inadecuados y elevada frecuencia de FR. Puede consultarse al respecto la investigación del *University College of London* que explica por qué las personas de una posición social más inferior tienen mayor riesgo cardiovascular (Hemingway *et al.*, 2005).

Por último una variable psicosocial de gran importancia es *el apoyo social*, puesto que el bajo apoyo social o aislamiento social, predice un riesgo mayor de ECV y mayor mortalidad por todas las causas (House, Landis y Umberson, 1988), así como peor pronóstico en pacientes con EC (Williams *et al.*, 1992), mediante otros aspectos relacionados con la salud como peores hábitos de salud, menor adherencia a los tratamientos médicos, un estado afectivo más negativo, etc.

Una vez descritas las variables de influencia psicosocial sobre la ECV, pasamos a profundizar por una parte en la variable estrés y cómo éste afecta a la enfermedad, y en segundo lugar, por la importancia que ha generado a través de numerosos estudios, nos centraremos en el *apoyo social*, el cual puede aumentar o disminuir la probabilidad de contraer enfermedades, así como acelerar o retrasar la recuperación en caso de padecer enfermedad (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

2.4.1. Estrés

Durante las pasadas dos décadas, se ha acumulado considerable evidencia respecto de la asociación de marcadores de estrés y otros factores de riesgo psicosociales (FRPS) con ECV. Sin embargo actualmente los cardiólogos, que habitualmente manejan FR de estilo de vida como sobrealimentación e inactividad física, es menos probable que evalúen y traten los FRPS, quizá debido a la limitada familiaridad con estrategias y recomendaciones efectivas, además de plantearse el dilema de que no es una función del cardiólogo servir como profesional de la salud mental.

Pero, ¿qué es el estrés? El concepto de estrés proviene de la década de los 30 y de ahí en adelante empezaron a surgir diversas concepciones del mismo. Hans Selye, apuntó la importancia de las respuestas fisiológicas del organismo ante estímulos estresores, de ahí que en medicina y psicología haya existido una preferencia por considerar el estrés como respuesta del organismo y no tanto como una característica del estímulo o situación. Así introdujo el concepto de

estrés como una respuesta fisiológica automatizada del organismo a estímulos inespecíficos con propiedades de alterar la homeostasis (equilibrio interno) de éste. Esta respuesta implica básicamente una activación anormal del sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, del sistema autónomo simpático y médula-suprarrenal, e inhibición de la glándula tímica.

Selye entendía el estrés como una reacción inespecífica del organismo en cuanto a su causa, pero que, se manifestaba de un modo específico. Denominó la respuesta de estrés *Síndrome General de Adaptación* y lo desarrolló en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Este concepto suponía entender el estrés en términos de respuesta. Tal orientación fue mejorada por otros autores como Mason que constató por ejemplo que los estímulos psicológicos poseían mayor propiedad estresante que los estímulos físicos de Selye (Sandín, 2008b). Con el tiempo surgieron nuevas líneas de orientación, centradas en el estímulo más que en la respuesta (Holmes y Rahe, 1967).

Un enfoque que integra las orientaciones centradas en la respuesta y en el estímulo es el que señala al estrés como un proceso interactivo o transaccional entre el individuo y la situación. Esta perspectiva fue originalmente formulada por Lazarus (1966) y representa el modelo de estrés más aceptado por el colectivo científico actual. Aquí el estrés se define como un encuentro que implica relaciones particulares entre la persona y su entorno. El individuo tiene mayor relevancia, procesando activamente la información, y realizando una evaluación cognitiva, siendo ésta esencial, pues se convierte en mediadora de la reacción al

estrés, a los estímulos potencialmente estresantes (Bermúdez, Pérez-García y Sanjuán, 2003; Sandín, 2008b).

Ahora bien, ¿cómo afecta el estrés a las ECV? A lo largo del tiempo, las respuestas fisiológicas exageradas repetidas en muchas ocasiones, contribuirían a la etiología de la enfermedad. Las ECV se ven favorecidas por la activación de respuestas neuroendocrinas (p. ej.: cortisol, catecolaminas) y cardiovasculares (p. ej.: presión sanguínea).

Pero además a su vez, la personalidad puede servir para atenuar o exacerbar la conexión entre el estrés y sus consecuencias en distintos puntos de la secuencia estrés-afrontamiento. Puede afectar a la valoración del acontecimiento, tanto primaria (grado de amenaza, reto o desafío), como secundaria (nivel de recursos percibidos); y a las estrategias de afrontamiento que el individuo pone en marcha para hacer frente al estrés (centradas en el problema o centradas en la emoción). También afecta a la selección de situaciones donde la persona actuará (Contrada, Cather y O'Leary, 1999).

Desde esta perspectiva, los procesos fisiológicos no son sólo consecuencia de características específicas de personalidad, sino que reflejan también procesos dinámicos que surgen de las continuas transacciones o intercambios entre las personas y los contextos sociales en los que se desenvuelven (Smith, 1995). Si bien los acontecimientos estresantes imprevisibles, fuera de lo común, como las catástrofes o una agresión, son excepcionales o escasos, las situaciones de estrés repetidas, los conflictos y las frustraciones familiares o profesionales, o las

dificultades en la vida diaria, aunque conocidas, son frecuentes y representan un estado de vigilancia permanente.

Por tanto, cuando aludimos al estrés como variable psicosocial, nos referimos a los sucesos mayores o sucesos vitales (por ejemplo, pérdida de trabajo), a los sucesos menores (estrés diario) y al estrés crónico (por ejemplo, estrés laboral, la enfermedad crónica). Cuando explicamos anteriormente los cinco factores psicológicos y psicosociales más importantes de riesgo en la aparición y desarrollo de la EC mencionamos el estatus socioeconómico. Pues bien, un estatus socioeconómico bajo suele asociarse a más estresores psicosociales, a peor apoyo social y a características personales negativas (Sandín, 2008a).

Por otra parte el estrés puede influir en la enfermedad de forma indirecta, es decir, las *personas en situación de estrés* pueden realizar conductas inadecuadas que perjudiquen su salud. Según una investigación británica reciente (Hamer, Molloy y Stamatakis, 2008), el estrés aumenta el riesgo de ataque cardiaco y otros problemas cardiovasculares al impulsar a la gente hacia malos hábitos. El estudio sugiere que la gente que presentaba estrés psicológico experimentaba un aumento del 50% en el riesgo de un evento de ECV durante el periodo de seguimiento. Según los autores, este aumento en el riesgo puede ser explicado en gran parte por los mayores índices de tabaquismo y bajos niveles de ejercicio de los individuos estresados. También el estrés podría ejercer sus efectos, incrementando emociones como ansiedad, depresión u hostilidad, e influyendo así negativamente sobre la EC. En dicha investigación se hizo un

seguimiento a 6.576 participantes que rellenaron un cuestionario de 12 ítems diseñado para medir su felicidad de forma indirecta (ausencia de síntomas depresivos o ansiosos por ejemplo). Se determinó que alrededor del 15% de las personas del estudio sufrían, según sus respuestas, de estrés psicológico. Los investigadores también obtuvieron datos físicos, comenzando con información básica sobre el peso, la estatura, la actividad física, la ingesta de alcohol, el tabaquismo, los niveles en sangre de colesterol y proteína reactiva C, un marcador valioso para evaluar el riesgo y la extensión de la ECV. Durante un periodo de seguimiento de 7 años, la incidencia de eventos cardiovasculares (ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cirugías de derivación, entre otros trastornos) fue 50% más alta entre las personas con un nivel alto de depresión y ansiedad frente a las personas más felices. Fumar era responsable del 41% y sumado a la falta de actividad física explicaron alrededor del 63% del aumento. La ingesta de alcohol explicó menos del 2% del aumento, y la presión arterial alta el 13%.

Por tanto, según los autores, para reducir el riesgo cardiovascular deberíamos centrarnos no sólo en los síntomas, sino también en los factores conductuales de riesgo, siendo beneficioso para los cardiólogos trabajar con psicólogos (Hamer *et al.*, 2008).

Además hay abundante evidencia empírica que demuestra que los individuos que han padecido infarto de miocardio, o que han muerto súbitamente por causas cardíacas, han experimentado una cantidad considerable de sucesos

vitales durante las semanas o meses anteriores, y que existe una asociación entre la gravedad del problema cardíaco y el número de cambios vitales (Boman, 1988; Theorell, 1982). Se ha demostrado que el recuerdo de las personas sobre sucesos mayores (impactantes) es fiable en torno a los dos años previos.

Como hemos comentado anteriormente, la EC se ha asociado específicamente con el estrés inducido por situaciones o sucesos de tipo laboral (Chorot y Sandín, 1994). Así diversas investigaciones han relacionado el estrés ocupacional y, concretamente, la sobrecarga laboral con la incidencia de EC. A este respecto se ha señalado la importancia de conceptos asociados al estrés o sobrecarga (*strain*) laboral, tales como las demandas laborales, satisfacción con el trabajo, autonomía laboral, el control, etc. En esta línea hay que señalar el modelo de R.A. Karasek, que hace referencia a los conceptos de “control de decisión” y “demanda psicológica”. Las ocupaciones que se caracterizan por una combinación de alta demanda y bajo control presentan mayor riesgo de EC. El mecanismo de explicación sugerido es que el incremento de la presión arterial es en sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de la arterosclerosis, por lo que es probable que la tensión laboral contribuya a la morbilidad y mortalidad cardiovascular a través de este mecanismo indirecto (Schnall, Landsbergis y Baker, 1994), aunque al mismo tiempo otros mecanismos pueden estar también actuando. Entre estos últimos estaría la baja variabilidad cardíaca que se asocia a una activación repetida del sistema nervioso simpático (Hemingway *et al.*, 2005). Además, cuando se considera el estrés laboral como un estresor crónico se ha de tener en

cuenta principalmente la respuesta de cortisol matutino como indicador biológico de pérdida de la homeostasis (Serrano, Moya-Albiol y Salvador, 2009).

Por otra parte, es importante añadir que el efecto del estrés psicosocial sobre la EC interactúa con otros factores como el apoyo social y la calidad de comunicación social, las llamadas “redes sociales”; estos factores parece que amortiguan el impacto del estrés (Adler y Mathews, 1994; Boman, 1988; Kringlen, 1986).

Finalmente vamos a describir un estudio que se realizó a gran escala que avala todo lo dicho hasta el momento, sobre la influencia tanto de las variables psicosociales como psicológicas (ansiedad y depresión) convirtiéndose en FR importantes en el desarrollo de la EC. En dicho estudio denominado *Interheart* se evaluaron los FR para desarrollar EC. Sobre una población de pacientes de 52 países se analizó la asociación entre FR tradicionales (tabaquismo, hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes) factores emergentes, como el trastorno en el metabolismo de la glucosa, obesidad, niveles de homocisteína y factores psicosociales, con el IAM. Se estudiaron cerca de 14.000 personas que habían padecido un IAM y 16.000 individuos sanos de todas las etnias y grupos sociales. Los factores psicosociales (depresión, ansiedad, estrés) estuvieron entre los nueve FR principales para el desarrollo de infarto. El estrés psicosocial se midió mediante preguntas sobre el trabajo, el hogar, la situación financiera y los sucesos vitales importantes ocurridos en el último año. También se realizaron preguntas para evaluar la presencia de síntomas depresivos. Los resultados mostraron que

las personas que habían padecido un infarto tenían una mayor prevalencia de estrés en todos los puntos. En pacientes con actividad laboral, un 23% habían referido situaciones de elevado estrés frente a un 17% dentro del grupo que no había sufrido infarto, es decir, estas personas referían un 6% menos de estrés que las que sí habían sufrido infarto. Igualmente, el 12% habían sufrido situaciones de tensión en el hogar comparado con el 8% de individuos sanos. También las personas que habían sufrido un infarto tenían mayores problemas financieros (un 15% versus un 12%), así como situaciones vitales problemáticas (el 16% frente el 13% en personas sanas). Además estos resultados fueron los mismos en todas las regiones del mundo sin hallar diferencias entre sexos ni grupos étnicos. Este estudio, revela la importancia de los factores psicosociales en la salud cardiovascular evidenciando hasta un incremento del 30% en el riesgo de sufrir un infarto. Siguiendo estos resultados, puede sugerirse que los factores psicosociales afectarían al sistema nervioso autónomo así como a la regulación hormonal, provocando alteraciones metabólicas, inflamación, resistencia a la insulina y disfunción endotelial, según los parámetros analizados en el trabajo comentado (Yusuf *et al.*, 2004).

2.4.2. Bajo apoyo social

Se ha sugerido que los factores tradicionales de riesgo, tabaquismo, colesterol elevado, obesidad, hipertensión, etc., generalmente no tienen una relación tan directa, como cabría esperar, en el desencadenamiento y desarrollo de la enfermedad. Puede sugerirse que algunos individuos estén protegidos de las

consecuencias adversas de los factores tradicionales por el efecto positivo del apoyo social, jugando éste un papel importante en la salud, ajuste personal, estilos de afrontamiento de los problemas y bienestar psicológico (ver las revisiones de Cohen y Wills, 1985; Hobfoll, 1988; Kessler y McLeod, 1985; Kessler, Price y Wortman, 1985; Sarason y Sarason, 1985; Sarason, Sarason y Pierce, 1990; Turner, 1983; Wills y Filer Fegan, 2001), mediando los efectos del estrés sobre la salud.

La diferencia, respecto de los riesgos de coronariopatías, entre hombres y mujeres podría relacionarse con el apoyo social, en tanto que los hombres presentarían menos relaciones de carácter íntimo. Una relación de apoyo puede implicar la comunicación de aceptación y/o de amor. La percepción de ser amado y valorado y de la preocupación de los otros por nuestro bienestar, actúa como medio de protección. Pero lo más importante es que el apoyo social no sólo sea una percepción del otro como accesible y disponible, sino también adecuado para el sujeto. Un apoyo no percibido como adecuado es, finalmente, ineficaz. Numerosas investigaciones han señalado los beneficios psicológicos y físicos del apoyo social y muestran cómo el mismo permite un mejor ajuste psicológico a las situaciones estresantes, como —por ejemplo— recuperarse más rápidamente de una enfermedad diagnosticada (Kulic y Mahler, 1989) y hasta reducir el riesgo de mortalidad en el caso de enfermedades graves (House *et al.*, 1988).

Aunque existen muchas definiciones de apoyo social, casi tantas como autores que han trabajado sobre el tema, una de las conceptualizaciones que más

relevancia ha tenido en la investigación es la de House (1981) en la cual el apoyo social es una transacción interpersonal, que consistiría en definitiva, en la obtención por parte de un sujeto de recursos (materiales, cognitivos y/o afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o “fuentes” de apoyo (familia, amigos, pareja, colaboradores, vecinos, profesionales, grupos de ayuda, etc.) que permiten al individuo, aminorar la situación amenazante de una situación potencialmente peligrosa, enfrentarse con más competencia a situaciones estresantes (pérdida de personas queridas, trabajo, enfermedad), y tener menos consecuencias negativas (sobre la salud y/o bienestar general) una vez que el acontecimiento estresante ya se ha producido (p. ej.: recuperarse de una enfermedad). Dicho en otros términos, el apoyo social puede tener cabida en los tres momentos o fases del proceso de enfermedad: prevención, afrontamiento y recuperación (ver Pérez-García y Sanjuán, 2003, para una revisión sobre el tema). Sería necesario, además, que el apoyo social sea entendido como un constructo multidimensional (House, 1981; Kaplan, Cassel y Gore, 1977; Thoits, 1982), destacando dos dimensiones que parecen extraerse de las distintas propuestas realizadas por los autores: dimensión cuantitativa versus dimensión cualitativa (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981; Wallston, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983). Es decir, la existencia de redes (dimensión cuantitativa o estructural) que proporcionan dicho apoyo, y por otra, el contenido y satisfacción con el mismo (dimensión cualitativa o expresiva).

Ahora bien, ¿cómo son las relaciones entre apoyo social y salud? Pues bien, el apoyo social puede tener un efecto directo en la salud al proporcionar

ayuda emocional que reduce los efectos de los síntomas, promueve la recuperación o porque proporciona ayuda y consejo, en todo momento, lo que hace tratar los síntomas más efectivamente. O también el apoyo social aminora las relaciones entre estresores y salud (hipótesis *buffering*) (Payne y Jones, 1995). La diferencia principal entre el efecto directo y la hipótesis *buffering* (o efecto amortiguador) sería que en el primer caso, el apoyo social siempre tendría un efecto positivo para la salud, tanto en épocas de estrés como de ausencia de estrés; mientras que en el caso del efecto *buffering* o amortiguador, el apoyo sólo afectaría a la salud bajo condiciones de estrés.

Otro aspecto a considerar serían las investigaciones sobre interacción entre PCTA y apoyo social en la severidad de la EC, encontrándose que los Tipo-A con bajos niveles de apoyo percibido mostraban una probabilidad significativamente mayor de tener EC que los A con alto apoyo, mientras que entre los Tipo-B el apoyo social no cambiaba esta probabilidad (Blumenthal *et al.*, 1987). En este sentido, se ha sugerido que debido a la hostilidad que tienden a mostrar los sujetos Tipo A, no desarrollan redes adecuadas de apoyo por lo que, en alguna medida, su riesgo de enfermedad se incrementa a partir de este aislamiento (Cohen y Syme, 1985; Matthews, 1982; Orth-Gomer y Uden, 1990). De hecho, se han obtenido correlaciones negativas en personas Tipo-A que informaban estar satisfechas entre el apoyo social disponible y recibido, y la presión sanguínea sistólica (Malcolm y Janisse, 1991).

En el metaanálisis realizado por Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser (1996), se analizaron 81 estudios en los que se relacionaba el apoyo social con procesos fisiológicos, centrándose en los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunológico. Los autores llegaron a la conclusión en términos generales, de que hay evidencia relativamente fuerte enlazando el apoyo social y aspectos de estos sistemas físicos. Esta evidencia es mucho más fuerte, en volumen de estudios y en significación, en el caso del funcionamiento cardiovascular, tanto en estudios de laboratorio como en estudios correlacionales y prospectivos. En un estudio realizado por este equipo de investigación (Uchino, Cacciopo, Malarkey y Glaser, 1995) se concluye que en los individuos con bajo apoyo social aumentan los niveles de presión sanguínea, a medida que van pasando los años; mientras que en las personas con alto apoyo social, se mantienen niveles bajos y comparables en los distintos niveles de edad. Además en situaciones de laboratorio se ha encontrado que la presencia de un amigo (Kamarck, Manuck y Jennings, 1990) o la presencia de una persona que apoya al sujeto, incluso aunque esa persona sea inicialmente desconocida para él (Gerin, Pieper, Levy y Pickering, 1992), ejerce un efecto *buffering* o amortiguador de la reactividad mostrada ante un estresor. En esta línea, numerosos estudios confirman que la RCV parece mediar en la asociación entre apoyo social y ECV. El examen de los efectos de los análogos de laboratorio del apoyo social sobre la RCV ofrece la posibilidad de controlar experimentalmente importantes variables contaminadoras de la investigación sobre apoyo social; no obstante, dicha investigación ha producido hasta ahora evidencias contradictorias.

Distintos investigadores han mostrado que la administración de apoyo social en tareas de laboratorio puede provocar tanto incrementos como descensos de la RCV, así como no tener ningún efecto sobre la misma. La revisión de la literatura sugiere que esta heterogeneidad de resultados puede ser debida a factores metodológicos relacionados con las manipulaciones experimentales del apoyo social, el potencial de la evaluación, el comportamiento del experimentador, las características de la muestra y las variables de personalidad que modulan la relación observada entre apoyo social y RCV (O'Donovan y Hughes, 2008).

En definitiva, el “buen” apoyo social, en términos generales, ejerce un papel beneficioso de cara a la prevención y afrontamiento del estrés y la enfermedad, siempre que en el concepto “buen” incluyamos la consideración de aspectos como tipo de problema, donante-receptor, tipo de apoyo recibido, o la satisfacción, etc. Así, aunque la visión tradicional de este constructo, es el de una característica del entorno social (Cohen y Wills, 1985), evidencia más reciente sugiere que puede ser considerado también como una característica de la persona, dado que las percepciones de apoyo social son estables a lo largo del tiempo (Newcomb, 1990) y consistentes a lo largo de las situaciones, y de que además, las personas difieren en la búsqueda que hacen del mismo y en la percepción de satisfacción con el mismo (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

No obstante lo dicho, según un meta-análisis más reciente realizado por Lett y colaboradores (2005), parece que hacen falta más investigaciones que

desarrollen un consenso en la conceptualización y medición del apoyo social para examinar los tipos de apoyo que tienen más probabilidades de estar asociados con resultados adversos en la EC ya que aunque los niveles bajos de apoyo social están asociados con mayor riesgo de eventos coronarios, no está claro qué tipos de apoyo están más asociados con los resultados clínicos en personas sanas y pacientes con EC. Además, según los autores, hay poca evidencia de que mejorando el bajo apoyo social se reduzcan los eventos coronarios.

2.5. FACTORES PROTECTORES

En los últimos años la investigación de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar ha experimentado un aumento considerable (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyer, 1991; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Snyder y López, 2002), pues el estudio de este ámbito de la psicología permite la identificación y evaluación de qué recursos psicológicos tienen los individuos y cómo éstos pueden contribuir al afrontamiento de las adversidades. Hay una serie de variables de personalidad sobre las que la investigación ha mostrado bien su relación directa con la salud, o mediante su asociación con la práctica de conductas saludables, o disminuyendo la probabilidad de enfermar tras su exposición a factores estresantes (Pérez-García y Sanjuán, 2003). Entre ellos podemos citar la *extraversión* que se asocia con desafío y una valoración más positiva de uno mismo cuando tiene que enfrentarse a situaciones que pueden llegar a generar estrés (Wells y Matthews, 1994), el

estilo de afrontamiento, o las estrategias que puede utilizar una persona para enfrentarse a situaciones que en principio parecen insuperables. Un afrontamiento adaptativo sería protector de la salud, mientras que el desadaptativo puede ser un factor de riesgo, por ejemplo, evitando la acción ante un problema inicialmente controlable y que, al no actuar a tiempo, puede convertirse en incontrolable (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

El estudio del afrontamiento, dentro del contexto de la personalidad ha sido abordado desde dos enfoques diferentes. Por un lado, se ha recurrido a las grandes taxonomías de personalidad para analizar los aspectos estructurales del afrontamiento (Ferguson, 2001; McCrae y Costa, 1986). De este modo el afrontamiento ha sido considerado como un estilo de respuesta estable y consistente que se pone en marcha ante el estrés. El segundo enfoque que se ha aplicado ha consistido en examinar el afrontamiento asociándolo con características más dinámicas de personalidad (Watson y Hubbard, 1996). En este sentido, la percepción de autoeficacia ha sido contemplada como una variable antecedente de las respuestas de afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Folkman, 1984; Lazarus y Folkman, 1987), que explicaremos más adelante.

Dentro del ámbito de la salud, Endler, Courbasson y Fillion (1998) han propuesto una categorización del afrontamiento de nivel intermedio, destinada a clasificar las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha ante los problemas de salud. De acuerdo con esta perspectiva, existirían cuatro tipos de reacciones ante los diferentes problemas de salud: el afrontamiento instrumental,

dirigido a la búsqueda de asistencia médica e información; el afrontamiento paliativo, el cual incluye una serie de acciones para tratar de amortiguar los efectos negativos del problema; el afrontamiento emocional, que atiende a los aspectos emocionales negativos; y, por último, el afrontamiento de distracción, con el que se intenta evitar pensar en el problema o buscar la compañía de otras personas. El estudio de Rueda y Pérez-García (2004a,b) indicó que la competencia percibida en salud (CPS) correlacionaba positivamente con el afrontamiento instrumental de la salud, y negativamente con el afrontamiento emocional.

En relación con la EC, se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo 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 IAM). Las variables analizadas fueron: rasgos y trastornos de personalidad, hostilidad, *estrategias de afrontamiento*, apoyo social y alexitimia (Urquijo, Giles, Richard's y Pianzola, 2003). 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, y especialmente el uso de sustancias. Esta última fue la estrategia menos utilizada tanto en el presente estudio como en el trabajo de Carver y colaboradores (1989), así como en el de Crespo y Cruzado (1997).

Por otra parte sólo se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres 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 informó eventos estresantes en el año inmediatamente anterior; la población masculina indicó haber pasado por situaciones estresantes referidas, principalmente, a problemas laborales o desocupación y las mujeres destacaron los problemas familiares o de relación (Urquijo *et al.*, 2003).

En resumen, parece que existe cierta evidencia que muestra la influencia de algunas estrategias de afrontamiento en el curso o pronóstico de algunas enfermedades (véase Augusto y Martínez, 1998). Concretamente, se ha constatado que la *negación* y la *evitación* tienen un efecto negativo en fases avanzadas de enfermedades hepáticas, cáncer o infarto de miocardio, bien porque conllevan la búsqueda tardía de atención médica (Lazarus, Cohen, Folkman y Schaefer, 1980; Moreno, 1985), bien porque conducen a la elicitación y larga perduración de estados emocionales negativos considerados de riesgo para el empeoramiento del estado de salud del paciente (Kunzendorff, Wilhelm, Scholl y Scholl, 1991).

Otra variable importante protectora de la salud y estrechamente relacionada con el afrontamiento, es el *optimismo disposicional*. Se llama así porque se refiere a una expectativa generalizada, y como tal, se la considera relativamente estable a través del tiempo y las situaciones. Las personas optimistas, al considerar sus metas posibles, experimentan afecto positivo. En numerosos estudios, las personas optimistas se sienten mejor que las pesimistas,

informando de más emociones positivas y de menos negativas (Scheier y Carver, 1992; Scheier, Carver y Bridges, 2001). Una gran parte de estudios que relacionan optimismo y bienestar psicológico se han realizado en el área de la salud física. Para ello se han basado en el informe de síntomas, que es menor en el caso de los optimistas, y en una mejor recuperación cuando sufren procesos de enfermedad (Chang, 1998; Chang, Maydeu-Olivares y D’Zurilla, 1997; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006).

En esta línea, numerosos estudios han identificado el *optimismo disposicional*, como un índice de buen pronóstico o recuperación de pacientes coronarios (Davidson y Prkachin, 1997; King, Rowe, Kimble y Zerwic, 1998; Shepperd, Maroto y Pbert, 1996), y de cáncer (Friedman, Weinberg, Webb, Cooper y Bruce, 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandwik y Karesen, 2004), habiéndose sugerido como uno de los posibles mecanismos subyacentes de tal relación la utilización de estrategias de afrontamiento del estrés más o menos adaptativas (Carver *et al.*, 1993; Stanton y Zinder, 1993). Así se constata la correlación positiva del optimismo con determinadas estrategias de afrontamiento activo como resolución de problemas y reestructuración cognitiva (Martínez-Correa *et al.*, 2006). Este estilo de afrontamiento mediador podría ser definido en términos de la conjunción de los efectos de las estrategias de resolución de problemas, reestructuración cognitiva y autocrítica. Ello equivale a afirmar que el peor estado de salud física mostrado por los sujetos pesimistas se fundamenta en la utilización de la autocrítica, considerada como un índice de vulnerabilidad a la enfermedad (que se relaciona positivamente con las categorías

sintomáticas), y en la omisión de la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva, calificadas como índices de preservación de la enfermedad (relación negativa con las categorías sintomáticas), pudiéndose explicar el menor número de quejas somáticas de los optimistas por el mantenimiento de un patrón de afrontamiento del estrés opuesto. Además parece que la autocrítica es el componente de afrontamiento del estrés con un mayor peso específico en la mediación de la vinculación del *optimismo disposicional* con el estado de salud física autoinformada, sin que, por ello, se deba descartar, en este sentido, la relativa influencia de la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva en dicho proceso (Martínez-Correa *et al.*, 2006).

En resumen parece que en general, los sujetos optimistas manifiestan un estilo de afrontamiento del estrés definido en términos de una mayor utilización de estrategias de afrontamiento activo, en comparación con los pesimistas, que optan por las estrategias de afrontamiento pasivo (Avia y Vázquez, 1998; Carver y Scheier, 2001). En esta línea, una investigación realizada por Chico (2002) en una muestra de estudiantes universitarios, en la que se evaluó el *optimismo disposicional*, ha aportado evidencia concerniente a un repertorio de afrontamiento del estrés por parte de los sujetos optimistas conformado por estrategias como la *planificación*, la *reinterpretación positiva* y el *crecimiento personal* (afrontamiento activo), caracterizándose los pesimistas, por el contrario, por el uso de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como la *negación* y el *distanciamiento conductual*.

La principal limitación de estos estudios se sustenta en la evaluación realizada de la enfermedad física, basada en la cuantificación mediante una escala de síntomas autoinformados y además por personas optimistas, por lo que se han hecho algunos estudios en los que se analizan los síntomas objetivos. El estudio de Scheier y colaboradores (1989) es un ejemplo de estos estudios más controlados. La muestra estaba formada por un grupo de hombres a los que se iba a someter a una intervención quirúrgica de bypass de las arterias coronarias. Durante la operación, los optimistas presentaron menos ondas Q, registradas mediante electrocardiograma, y menos enzimas AST y CPK en sangre, que los pesimistas. Estos datos objetivos son indicios de una menor probabilidad de padecer un infarto de miocardio durante la operación. Además en la primera semana, los optimistas ya mostraron signos más rápidos de recuperación que los pesimistas, por ejemplo comenzando a caminar solos mucho antes que los pesimistas (ver la revisión de Sanjuán y Pérez-García, 2003).

También se han estudiado otros mecanismos mediadores en la vinculación del *optimismo disposicional* con la sintomatología física, tales como el mantenimiento de hábitos o comportamientos nocivos para la salud. Así el estudio de Chico (2002), antes mencionado, ha aportado también evidencia referente a la tendencia de los sujetos pesimistas al consumo de drogas y alcohol. En diversos estudios se ha comprobado que los optimistas realizan conductas promotoras de la salud en mayor medida que los pesimistas (Salovey, Rothaman y Rodin, 1998; Sheier y Carver, 1992; Sheier *et al.*, 2001). Los pacientes cardíacos optimistas presentan más comportamientos indicativos de cuidado y promoción de la salud,

como tomar vitaminas, llevar una dieta baja en grasas e incluirse en programas de rehabilitación cardiaca. Así mismo, también se ha encontrado que reducen su peso e incrementan su nivel de ejercicio físico. Un ejemplo de investigación en este sentido, es el estudio anteriormente citado de Shepperd y colaboradores (1996), donde los optimistas obtuvieron los mejores resultados después de someterse a un programa de rehabilitación para reducir el riesgo coronario.

Otros mecanismos mediadores que asocian el optimismo con una mejor salud, pueden ser fisiológicos, presentando los optimistas menor RCV ante el estrés (Räikkönen *et al*, 1999; Scheier y Carver, 1987), o emocionales, donde el optimismo se asocia con un menor ánimo negativo y un mayor afecto positivo. A su vez el ánimo negativo se relaciona con un peor funcionamiento tanto del sistema inmunológico, como del cardiovascular, mientras que el ánimo positivo, aunque menos estudiado que el negativo, también se ha asociado con un buen funcionamiento de estos sistemas.

Otra variable importante en este sentido y también relacionada con las anteriores es la *autoeficacia*. La percepción de autoeficacia constituye un tipo de proceso con una clara influencia sobre la realización de la conducta (Bandura, 1989). En los términos propuestos por Bandura (1977; 1997), la expectativa de autoeficacia hace referencia a la estimación personal de que se es capaz de llevar a cabo una conducta específica. Otros autores (Baessler y Schwarzer, 1996; Schwarzer, 1993) han planteado esta creencia de forma más global, refiriéndola a

la confianza que se tiene en la capacidad para solventar las situaciones de estrés y considerándola como una expectativa de autoeficacia generalizada (AEG).

Finalmente, desde una óptica más intermedia Smith y colaboradores (1995) han sugerido la competencia percibida en salud (CPS), designando con ella el nivel de autoeficacia que se percibe en relación con los problemas y asuntos relativos a la salud. Así se ha evidenciado que ambas expectativas, AEG y CPS, se relacionan con una disminución en la presencia de síntomas y de respuestas emocionales negativas. La mayor parte de las teorías actuales sobre conductas de prevención apoyan la inclusión de la AEG como uno de sus principales determinantes (Schwarzer 1999; Wallston, 1992; Weinstein, 1993). De igual modo, la CPS también se ha asociado con el mantenimiento de un estilo de vida más saludable (Gebhardt, van der Doef y Paul, 2001; Smith *et al.*, 1995).

Como ya dijimos cuando explicamos el afrontamiento, la percepción de autoeficacia además ha sido contemplada como una variable antecedente de las respuestas de afrontamiento. En particular se ha constatado que, tanto la AEG como la CPS, promueven la utilización de un tipo de afrontamiento centrado en la modificación de las circunstancias estresantes (Sanjuán, Pérez-García y Bermúdez, 2000; Schwarzer, 1993), y en la disminución de las estrategias pasivas o de evitación (Smith *et al.*, 1995).

Estudios recientes confirman el papel de la *autoeficacia percibida* en la EC, considerándose una herramienta útil en programas de rehabilitación cardíaca (Dehdari, Heidarnia, Ramezankhani, Sadeghian y Ghofranipour, 2008; Everett,

Salamonson y Davidson, 2009; Luszczynska y Sutton, 2006; Sarkar, Ali y Whooley, 2007; Sniehotta, Scholz y Schwarzer, 2005; Woodgate y Brawley, 2008).

Siguiendo a Contrada y Guyll (2001), otras variables además de las citadas, como el *motivo de afiliación*, caracterizado por la necesidad de establecer relaciones afectivas con otras personas, así como el *sentido de coherencia*, el *locus de control* y la *personalidad resistente (hardiness)*, son consideradas como variables protectoras ante la enfermedad. Vamos a centrarnos en estas tres últimas. *El sentido de coherencia* es una orientación generalizada hacia el mundo, que representa la capacidad del individuo para creer que lo que ocurre en su vida es comprensible, manejable y significativo (Antonovsky, 1979, 1993).

Las personas con un alto sentido de coherencia adoptan estrategias más adecuadas para afrontar el estrés, amortiguando su impacto negativo y sus consecuencias negativas para la salud de la persona (Pérez-García y Sanjuán, 2003). Los estudios que han avalado el sentido de coherencia como una variable con efectos saludables, han sido fundamentalmente de salud psicológica, más que física (Ouellette y Diplacido, 2001), aunque recientemente se están realizando estudios relacionándola con la salud física, que expondremos a continuación. Por otra parte ha sido asociada con más afrontamiento dirigido a solucionar los problemas y menos centrado en la emoción, así como con la práctica de más conductas saludables y con más disponibilidad de apoyo social (ver Antonovsky, 1993 para una revisión sobre el tema).

Como hemos comentado, también se han realizado estudios relacionados con la salud física, analizando cómo el *sentido de coherencia* cobra su importancia en la calidad de vida de pacientes con EC (Bruscia, Shultis, Dennery y Dileo, 2008a; Dantas, Motzer y Ciol, 2002; Kattainen, Meriläinen y Sintonen, 2006; Moons y Norekval, 2006).

También un estudio reciente ha evaluado esta variable comparando pacientes cardíacos y sujetos sanos, con otras enfermedades como el cáncer. Los autores llegan a la conclusión de que el *sentido de coherencia* es un predictor significativo de la calidad de vida (Bruscia, Shultis, Dennery y Dileo, 2008b). Un estudio posterior ha hecho una revisión de esta última investigación concluyendo que ésta adolece de problemas metodológicos que hacen que no sea viable establecer conclusiones firmes respecto a la causalidad, necesitando investigaciones adicionales que identifiquen el papel del sentido de coherencia en la calidad de vida, teniendo en cuenta también otras variables como la duración de la enfermedad (Huis In 'T Veld, Heijmans y De Cock, 2009).

Por otra parte, un estudio longitudinal actual, con pacientes con un primer infarto de miocardio concluyó que aquellos con una puntuación más alta en sentido de coherencia tienen menos ataques de angina de pecho, son más activos físicamente, están más satisfechos con sus tratamientos, y tienen una mejor percepción de la enfermedad, sugiriendo que el *sentido de coherencia* puede ser una herramienta útil, para identificar a aquellos que necesitan un apoyo adicional (Bergman, Malm, Karlsson y Berterö, 2009).

También las creencias relacionadas con el control se consideran relevantes para la salud y la enfermedad, dada su relación con los estilos de vida (Strickland, 1978). Así el *locus de control* se define como la creencia que tiene una persona de que su respuesta influirá, o no, en la consecución de un refuerzo (Rotter, 1966). Los sujetos internos creen que los refuerzos dependen de las conductas que realizan, por tanto buscan más información relevante para solucionar las situaciones o tareas que tienen entre manos. De la misma forma, lo harán sobre medidas preventivas, manteniéndose por tanto más fácilmente sanos. El clásico estudio de Seeman y Evans (1972) encontró que los pacientes tuberculosos clasificados como internos sabían más de su enfermedad y de cómo tratarla que los pacientes clasificados como externos. Mientras tanto los externos, piensan que la obtención del refuerzo está más allá de su control, dependiendo de la suerte, el contexto, o la intervención de otras personas (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

Se pueden señalar dos vías de relación entre control personal y salud. En primer lugar, están las personas que tienen un fuerte sentido de control personal, que se postula serán más capaces de mantener su salud y *prevenir* la enfermedad. En segundo lugar, una vez contraída la enfermedad las personas con fuerte sentido de control podrían ajustarse a la misma promoviendo más acciones encaminadas a una mejor y pronta *recuperación* (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

En relación a la prevención una investigación realizada por Seeman y Seeman (1983) con una muestra de 1000 adultos, relacionando las expectativas de control para la salud con conductas saludables, encontró que la internalidad se

asociaba con la práctica de más conductas preventivas, intentos de dejar hábitos perjudiciales para la salud como el tabaco, mayor conocimiento de los tratamientos médicos, menos presencia de enfermedades crónicas, y una menor dependencia de los profesionales de la medicina. Los internos por tanto se comportaban, de forma más beneficiosa para el mantenimiento de su salud, demostrando en el seguimiento realizado un año después que estaban más sanos que los externos.

Una percepción de bajo control, un locus de control externo y pobre disciplina se han asociado con una mayor RCV y un mayor riesgo de ECV (Bugental *et al.*, 1993; Karasek, Therorell, Scwartz, Pieper y Alfredson 1982; Schnall, Allred, Morrison y Carlson, 1990).

En relación al papel de las expectativas de control una vez que ha ocurrido la enfermedad, la investigación indica en general, una mejor recuperación y adaptación a los tratamientos de los internos. Así por ejemplo, pacientes de cuidados intensivos afectados de infarto de miocardio con expectativas internas eran considerados por los profesionales que los atendían como más cooperadores y menos deprimidos, que los pacientes externos (Cromwell, Butterfield, Brayfield y Curry, 1977). Estos últimos, además, permanecían más tiempo en la unidad de cuidados intensivos.

También se han realizado estudios donde se analiza el papel del locus de control en programas de rehabilitación cardiaca. Parece que un *locus de control*

interno favorece la rehabilitación de estos enfermos (Younger, Marsh y Grap, 1995).

Sin embargo, a pesar de la importancia del constructo *locus de control* en la salud, su efecto tiende a explicar en torno a un 10% de la varianza conductual (Wallston y Wallston, 1981, 1982, 1984). Así Wallston (1992) plantea una reformulación de la teoría del aprendizaje social en su aplicación a la salud, siendo necesario considerar en mayor medida el valor del refuerzo, en este caso, el *valor que la persona concede a la salud*. Así, el que un individuo se comprometa en conductas de salud será función multiplicativa de, por un lado, el grado en que cree que *sus acciones influirán* en su salud o locus interno de salud, y por otro, el grado en que el individuo *valora la salud*. Siguiendo a Wallston (1992), para tener una alta probabilidad de comprometerse en una acción dirigida a mejorar su salud, las personas deben valorar la salud como resultado, creer que sus acciones en relación con la salud influyen sobre su nivel de salud, y, al mismo tiempo, creer que son capaces de llevar a cabo las conductas necesarias.

Por último vamos a describir otra variable que ha demostrado ejercer un efecto protector de cara a la salud, la *personalidad resistente o hardiness*, la cual refleja el grado en que las personas son capaces de expresar compromiso, control y desafío en sus acciones, pensamientos y sentimientos (Kobasa, 1979, 1982; Maddi, 1990; Ouellette, 1993). Fue en 1979 cuando Kobasa introdujo este constructo, al observar en una muestra de ejecutivos de una empresa, que algunas personas enfermaban y otras permanecían sanas, habiendo sido sometidas todas a los mismos niveles de estrés. Aplicando pruebas de personalidad a estos sujetos

definió los tres componentes de la *personalidad resistente*, el *compromiso* o tendencia a comprometerse en lo que uno hace o encuentra, en creer que lo que hace es importante, el *control* o tendencia a sentir y actuar como si uno tuviera influencia sobre las cosas que ocurren en la vida, es decir, con expectativas internas y *desafío* o creencia en que lo normal en la vida es el cambio más que la estabilidad, considerando las situaciones como incentivos interesantes para el desarrollo personal. Estos tres componentes serían partes interconectadas de una orientación vital con propiedades protectoras ante el estrés (Kobasa, 1982).

El efecto protector de cara a la salud del *hardiness* se hace evidente, puesto que por una parte estas personas perciben los acontecimientos estresantes de forma menos amenazante, por lo que se reduce el impacto del acontecimiento estresante, además actúan de forma activa con estrategias de afrontamiento eficaces, terminando antes con el problema y disminuyendo al mismo tiempo el efecto negativo de la exposición al evento. Además, como estas personas se sienten responsables de las cosas (control interno), en este caso de la salud, es muy probable que adopten hábitos más saludables, convirtiéndose en personas más resistentes a la enfermedad (Pérez-García y Sanjuán, 2003). Por otra parte, el *hardiness* ejerce efectos fisiológicos positivos que disminuyen la reactividad psicofisiológica ante el estrés (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002).

En los estudios sobre *hardiness* y salud, el efecto de esta variable, ha resultado unas veces principal (los sanos son más resistentes que los enfermos) (Kobasa, 1979) y otras un efecto *buffering* o amortiguador del impacto de otras

variables (Kobasa, Maddi y Zola, 1983). En este último estudio se obtuvo una interacción significativa entre nivel de estrés, Tipo A y *hardiness*: las personas Tipo A están más enfermas sólo cuando son bajas en resistencia y soportan alto estrés.

Es destacable que las publicaciones que se han hecho en los últimos años que relacionan la psicología de la salud con el constructo de *personalidad resistente* han sido escasas, considerando que éste es un enfoque que surge en esta disciplina orientado a la promoción y centrado en factores protectores de la salud en el contexto del estudio del estrés y sus efectos (Kobasa, 1982; Peñacoba y Moreno, 1998). Asimismo, no existe aún suficiente evidencia respecto al rol que desempeñan las dimensiones de la personalidad resistente en la prevención y modulación de enfermedades específicas, más allá de algunos datos preliminares, como los que se encontraron en los artículos que estudian el constructo respecto de enfermedades concretas (Peñacoba, Velasco, González y Garrosa, 2005; Vinaccia *et al.*, 2005a,b), lo que hace que aún no haya un trabajo aplicado en relación con la intervención que pudiera dar cuenta de más y mejores resultados. Los resultados de los tres estudios anteriores evidencian la efectiva modulación de la *personalidad resistente* en los efectos y afrontamiento de esos estados patológicos, destacando la dimensión de *reto* como la variable protectora de mayor importancia. Como plantea el enfoque, dicha dimensión hace referencia a la evaluación de los cambios como oportunidades de crecimiento más que como amenazas, convirtiéndose entonces en una variable de crucial importancia para el trabajo futuro en la intervención multidisciplinar en pacientes con cuadros

crónicos o terminales (Peñacoba y Moreno, 1998). Así si se fomentara la capacidad de reto ante la experiencia adversa, probablemente aminoraría el efecto emocional negativo, lo que a su vez haría más lento el deterioro y mejoraría la calidad de vida (Latorre, 2008).

A modo de conclusión, aun cuando la revisión de publicaciones sobre el tema muestra, hasta ahora, un escaso número de publicaciones y estudios sobre el papel de la *personalidad resistente* en el área de la psicología de la salud, hay ya cierta evidencia relativamente consistente acerca del comportamiento de las variables del constructo en áreas específicas de salud. Se destaca una prometedora línea de investigación futura que se inserta en los enfoques en desarrollo más amplios de la psicología general respecto de la capacidad de resiliencia como aspecto central de la personalidad (Cyrulnik, 2002, 2003; Seligman, 2003) y como elemento de resistencia concreta a la adversidad (Barudy y Marquebreucq, 2006). Así el concepto *resiliencia*, o capacidad de superar los eventos adversos, y ser capaz de tener un desarrollo exitoso, a pesar de circunstancias muy adversas, ha cobrado un gran interés en los últimos años. Sin embargo se precisa aún una mayor claridad conceptual, así como la realización de estudios para comprobar la utilidad del constructo a nivel explicativo, para la prevención y para el tratamiento de los distintos trastornos psicopatológicos y/o la salud física (ver Becoña, 2006 para una revisión del tema).

En este sentido, algunos estudios han demostrado que se pueden mejorar atributos psicológicos asociados a la resiliencia. Por ejemplo, la terapia cognitivo-

conductual puede mejorar el optimismo y facilitar la reevaluación de eventos traumáticos, de una manera más positiva. Otras formas de terapia, pueden promover un sentido y propósito de la persona de cara al trauma (Lee, Cohen, Edgar, Laizner y Gagnon, 2004).

Además las intervenciones tempranas pueden ser muy útiles para la resistencia al estrés (Feder, Nestler y Charney, 2009).

2.6.CONCLUSIONES

Hemos hecho un recorrido por los principales FR en la ECV tanto médicos, como psicológicos y psicosociales. Todos ellos interaccionan, no ocurriendo aislados unos de otros, tendiendo a agruparse en los mismos individuos y grupos (Williams, 2001).

De lo expuesto anteriormente podríamos arrojar las siguientes conclusiones (Salovey *et al.*, 1998; Williams, 2001):

- Un aumento del riesgo de desarrollar EC, así como de otras muchas enfermedades, en población inicialmente sana, se ha asociado en estudios prospectivos, con la hostilidad, la depresión, el aislamiento social, el estrés laboral entendido como desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa obtenida, y el nivel socioeconómico bajo.
- La EC parece tener un peor pronóstico cuando concurren factores como depresión, aislamiento social y nivel socioeconómico bajo.
- La presencia de factores psicosociales de riesgo está asociada a su vez con conductas potencialmente nocivas para la salud como por ejemplo un mayor consumo de tabaco u alcohol, mayor sedentarismo, no adherencia a los tratamientos médicos, pudiendo estas conductas ser mediadoras del elevado riesgo de enfermedad observado en estas personas (Houston y Vavak, 1991).

- Hay una serie de variables de personalidad que son protectoras ante la enfermedad a través de su asociación con la respuesta ante el estrés, los hábitos de salud, y/o las reacciones ante la enfermedad (Contrada y Guyll, 2001).
- Como hemos podido ir observando a lo largo del texto, hay datos claros de que las características de personalidad predicen resultados de salud objetivos y bienestar percibido. Así por ejemplo, hemos visto como el PCTA y la hostilidad, así como otros patrones de personalidad como el Tipo-D, están asociados con la EC. Aunque estos efectos pueden parecer pequeños en términos estadísticos, debido a la importancia de las patologías implicadas y sus consecuencias, se convierten en aportaciones relevantes para comprender las amenazas a la salud pública (Smith y Gallo, 2001).
- Aunque no se pueda hablar de un papel definitivo de algunas variables de personalidad en la etiología u origen de la enfermedad, está suficientemente avalado que influyen en muchos procesos que a su vez participan en el mantenimiento de la salud o una mejor recuperación. Una muestra de ello es la percepción que tenemos de los acontecimientos que nos rodean, analizando los recursos que tenemos para hacerles frente, así como las estrategias que utilizamos para afrontarlos, el estilo de vida que adoptamos, la red de apoyo a la que recurrimos en caso de necesidad o cómo percibimos la enfermedad, todos ellos tienen su importancia que se manifiesta cuando a través de intervenciones conductuales, mejora la salud objetiva y psicológica.

- Se trata en definitiva de transmitir que el manejo que hacemos de las situaciones y su impacto sobre la salud, así como la progresión de la enfermedad, son factores que vienen mediados por variables personales (ver Bermúdez, 1999; Van Heck, 1997; para revisiones). Así por ejemplo hay datos que avalan que las intervenciones conductuales de grupo para modificar los factores psicosociales, se han acompañado de una mejora en el pronóstico de la EC (Friedman *et al.*, 1986).
- Respecto a los estudios sobre personalidad y salud (ver Contrada *et al.*, 1999 para una revisión) hay, por una parte, una tendencia creciente a analizar las relaciones entre personalidad y enfermedad física u objetiva (frente a enfermedad subjetiva o percibida), y por otra a utilizar contextos más cercanos a la vida real, frente a las investigaciones de laboratorio. Además la utilización de técnicas más sofisticadas hace que se puedan analizar múltiples factores, tanto psicológicos como biológicos, identificando así índices compuestos de riesgo para predecir la vulnerabilidad al estrés y la enfermedad (Pérez-García y Sanjuán, 2003).

3. INSUFICIENCIA CARDIACA

3.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Tenemos que esperar al siglo XX para asistir a los mayores avances del conocimiento del síndrome de Insuficiencia Cardíaca (IC) que provocaron un cambio progresivo en la definición de esta patología. Citamos, a modo de ejemplo, algunas de las aceptadas desde entonces como las siguientes:

- Condición en la que el corazón fracasa en descargar adecuadamente su contenido (Lewis, 1933).
- Situación fisiopatológica en la que el corazón es incapaz de sufragar las necesidades tisulares partiendo de una presión ventricular de llenado normal (Harrison, 1939).
- Estado en el que el corazón falla en mantener una adecuada circulación para las necesidades corporales a pesar de disponer de una presión de llenado satisfactoria (Wood, 1950).
- Síndrome clínico complejo, caracterizado por anomalías de la función ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal, que se acompaña de intolerancia al ejercicio, retención de líquidos y reducción de la longevidad (Packer, 1988).
- Estado fisiopatológico en el cual una anomalía en la función cardíaca impide que el corazón expulse la sangre necesaria para los requerimientos metabólicos de los tejidos periféricos, o lo hace únicamente mediante elevación de la presión de llenado (Braunwald, 1991).

- Síndrome clínico con reducción del gasto cardiaco y aumento de presión venosa debido a una enfermedad cardiaca acompañada de alteraciones moleculares que provocan un deterioro progresivo del corazón y una muerte prematura de los miocardiocitos (Katz, 2000).

La Sociedad Europea de Cardiología (*Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology*, 1995), recomienda una definición con tres términos, los dos primeros obligatorios, es decir, (1) síntomas de IC (típicamente disnea y edema), en reposo o con ejercicio; y (2) evidencia objetiva de disfunción cardiaca, en reposo. Y, en casos de duda, entraría el tercer término, la respuesta al tratamiento.

Finalmente, en las recomendaciones consensuadas para el manejo de la IC publicadas en la *American Journal of Cardiology* (*Consensus recommendations for the management of chronic heart failure*, 1999) se define la IC como un síndrome complejo que puede producirse por cualquier afectación cardiaca que dificulta la capacidad del ventrículo para expulsar la sangre.

Todas estas definiciones tratan de manifestar que, en esta entidad fisiopatológica, el origen del problema es una anormalidad en la función cardiaca que incapacita al corazón para mantener la circulación en el nivel requerido para la oxigenación hística, provocando una serie de alteraciones neuroendocrinas.

No obstante, durante el siglo XX, a medida que aumentaban nuestros conocimientos sobre la enfermedad, ha ido cambiando su concepto; así, hasta los años cincuenta, la IC era entendida como un cuadro en el que el riñón era incapaz

de eliminar la congestión hídrica causada por la disfunción cardíaca (*modelo cardio-renal*). En los sesenta, con el desarrollo del cateterismo cardíaco, el énfasis se desplazó hacia las alteraciones de la IC en las presiones, los flujos y los gradientes en las distintas cámaras cardíacas y vasculares (*modelo hemodinámico*). Hacia mediados de los años ochenta, el descubrimiento de los sistemas neurológicos y hormonales que se activan en la IC reveló sus importantes implicaciones sistémicas (*modelo neurohormonal*) y permitió avanzar de manera sustancial en su tratamiento (Segovia, Alonso-Pulpón, Pereira y Silva, 2004).

La época actual está determinada por la investigación de mecanismos moleculares con dianas en muy diferentes localizaciones, sean de carácter genético, transcripcional, expresión de receptores, citocinas y otros mediadores de interacción celular, que van perfilando un *modelo molecular* de la IC que no sólo contribuirá a un nuevo concepto de la enfermedad, sino que conllevará avances en el tratamiento y, posiblemente, en la prevención en los sujetos en riesgo. Es importante señalar que cada uno de estos modelos no sustituye al anterior, sino que lo incluye y perfecciona (Segovia *et al.*, 2004).

Ahora bien, si queremos entender en qué consiste realmente la IC y cómo se produce, deberíamos entender primero cómo funciona el corazón (el centro del sistema circulatorio), y es por ello que pasamos a explicar brevemente la IC y su relación con el corazón.

La IC es una condición en la cual el corazón no puede bombear suficiente sangre para cubrir las necesidades del cuerpo. El término “Insuficiencia Cardíaca” no se debería confundir con “ataque cardíaco”. La IC ocurre después que el

músculo cardíaco ha sido dañado o debilitado por otra causa primaria, como presión arterial elevada, enfermedad de las arterias coronarias, o algunos tipos de infecciones. Dependiendo de la causa, la IC puede ocurrir gradualmente, en el transcurso de muchos años, mientras el corazón trata de compensar su pérdida de funcionamiento, o podría ocurrir más rápido si se daña una gran parte del músculo cardíaco al mismo tiempo.

Respecto a la enfermedad de las arterias coronarias ésta consiste en la obstrucción de las arterias que alimentan al músculo cardíaco. Si la obstrucción es completa, se pueden dañar áreas del músculo cardíaco y/o morir a causa de falta de oxígeno, lo que puede conllevar a un ataque cardíaco, conocido como infarto de miocardio. Así, cuando el corazón no logra mantener el paso de la demanda, se puede acumular líquido detrás de las cámaras del corazón que están fallando. Sabemos que el corazón tiene dos lados (derecho e izquierdo), y cada lado tiene dos cámaras. Las cuatro cámaras del corazón tienen funciones específicas:

- Dos cámaras superiores o aurículas – Reciben sangre del cuerpo y vacían la sangre a las cámaras inferiores.
- Dos cámaras inferiores o ventrículos – Reciben sangre de las cámaras superiores y bombean sangre de regreso al cuerpo.

La aurícula derecha recibe sangre del cuerpo y la vacía dentro del ventrículo derecho. El ventrículo derecho bombea la sangre a los pulmones, donde el dióxido de carbono se intercambia por oxígeno. La aurícula izquierda recibe

sangre rica en oxígeno de los pulmones y vacía esa sangre dentro del ventrículo izquierdo. El ventrículo izquierdo es el músculo/cámara más fuerte en el corazón y es responsable de bombear la sangre de regreso al cuerpo.

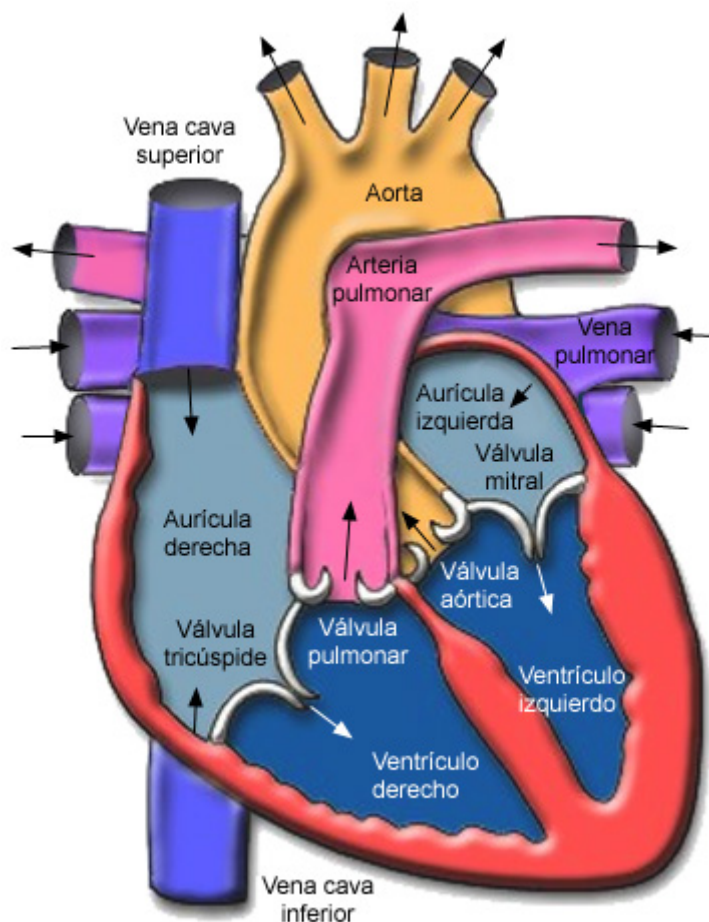


Figura 1. La estructura del corazón

La IC puede clasificarse de muy diferentes formas, dependiendo del criterio utilizado, siendo estas categorías generalmente más descriptivas que diagnósticas (Rodríguez-Fernández, Aldamiz-Echevarria, Pereira y Caeiro, 2005).

Algunas de estas clasificaciones son:

1. En función de la *alteración inicial de la función del músculo cardíaco*:
 - *IC sistólica*, cuando el fenómeno primario es la disminución del gasto cardíaco por deterioro de la función contráctil. Es decir, no se empuja con suficiente fuerza a la sangre hacia el resto del cuerpo y queda en la cavidad cardíaca. A causa de esto no puede entrar la sangre al corazón y queda acumulada en los pulmones, es lo que se denomina congestión pulmonar. Se caracteriza, en general, por el deterioro de la fracción de eyección (FE) y la dilatación de la cavidad (cardiomegalia).
 - *IC diastólica*, cuando se produce una dificultad en el llenado ventricular por deterioro de la relajación (o por obstrucción mecánica al flujo sanguíneo), con la función sistólica conservada. Es decir, el corazón no recibe la suficiente cantidad de sangre porque tiene problemas para distenderse. Esta situación se define por la existencia de congestión pulmonar (y/o sistémica) con FE normal, y generalmente sin dilatación ventricular (ausencia de cardiomegalia).
 - Los avances en el conocimiento de la enfermedad han aconsejado introducir el término de disfunción ventricular sistólica asintomática, también conocida como *IC latente*, que hace referencia a las etapas del proceso en que todavía no se producen síntomas, lo cual no significa

que no se estén produciendo las alteraciones que conducen al deterioro progresivo de la contractilidad del miocardio.

2. Según su *situación funcional*. A fin de conocer el grado en que la IC afecta a la actividad física del paciente, la *New York Heart Association* (NYHA) definió cuatro clases en base a la valoración subjetiva que hace el médico durante la anamnesis sobre la presencia y severidad de la disnea. Así, distinguimos:

- *Clase funcional I*: Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.
- *Clase funcional II*: El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.
- *Clase funcional III*: La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, está notablemente limitado por la disnea.
- *Clase funcional IV*: El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física.

La clasificación funcional tiene un importante valor pronóstico y se utiliza como criterio decisivo en la elección de determinadas intervenciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas. La evaluación periódica de la clase funcional permite seguir la evolución y la respuesta al tratamiento.

3. *Otros criterios* utilizados para clasificar la IC:

- Atendiendo al *grado de expresión clínica de la enfermedad*: compensada, descompensada, inestable, refractaria y terminal.
- En función del *circuito venoso que se congestiona*: izquierda, derecha o mixta.
- Según la *rapidez de instauración de los síntomas*: IC crónica (también denominada IC congestiva), edema agudo de pulmón y shock cardiogénico. El término IC aguda no es tan apropiado como los de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico, por lo que no se recomienda su uso.
- Según su *etiología*, dependiendo de las diferentes cardiopatías que actúan como etiología inicial de la disfunción ventricular. Así, la cardiopatía coronaria y la hipertensión arterial (HTA) son responsables, de forma aislada o combinada, del 80% de los casos de IC crónica. A estas causas principales les siguen, en orden de frecuencia, las lesiones valvulares o congénitas (aproximadamente 10%) y los diversos tipos de miocardiopatías (aproximadamente 5%).

3.2. EPIDEMIOLOGÍA

La IC es la vía final común de muchas ECV. Así a partir de la revisión previa que hemos presentado, podemos decir que la IC constituye un síndrome que resulta de la disfunción ventricular izquierda ya sea sistólica o diastólica. Respecto a la prevalencia, la IC es un trastorno clínico frecuente, oscilando entre el 0,3 y el 2 %, aumentando claramente con la edad, siendo del 3 al 13 % en mayores de 65 años. Los factores responsables de que la prevalencia de la IC siga aumentando son varios, destacando en primer lugar el progresivo envejecimiento de la población, y seguidamente, la menor mortalidad y morbilidad de los pacientes con HTA y cardiopatía isquémica, la alta prevalencia de diabetes y el mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes con IC. Los análisis de tendencias demográficas realizados en países desarrollados, predicen que la prevalencia de la IC seguirá en aumento durante, por lo menos, 10-15 años. Además de frecuente la IC tiene mal pronóstico, con cifras comparables a algunos de los cánceres más malignos, como el colorectal (Fox *et al.*, 1999) y esta mortalidad no ha cambiado de forma significativa en las cuatro décadas del estudio Framingham (Ho, Pinsky, Kannel y Levy, 1993).

Según las investigaciones de Liu (2008), las tasas de hospitalización por IC han aumentado notablemente en los últimos 27 años, habiéndose convertido la prevención y el tratamiento de la IC en una necesidad urgente de salud pública nacional. En esta línea Liu (2008), realizó un estudio que fue el primero en analizar los índices de hospitalización por IC durante las últimas tres décadas,

examinando la información de altas hospitalarias sobre más de 2,2 millones de personas a partir de los 65 años entre 1980 y 2006. Los datos que se hallaron fueron los siguientes:

- Los índices de hospitalización por IC aumentaron el 131% entre 1980 y 2006.
- La cantidad de mujeres hospitalizadas por IC aumentó un 55% anualmente, en comparación con el 20% para los hombres.
- El riesgo relativo de hospitalización por IC fue 37% superior para los que vivían entre 2000 y 2006 que para los que vivían entre 1980 y 1984.
- Las personas a partir de los 85 años tuvieron cuatro veces más riesgo de resultar hospitalizadas por IC, en comparación con las que tenían entre 65 y 74. Las personas entre los 75 y los 84 tuvieron el doble de riesgo de hospitalización en comparación con los que eran una década más jóvenes.
- Los índices de hospitalización por enfermedad cardíaca coronaria y accidente cerebrovascular se han reducido desde mediados de los ochenta. La IC es la única de las tres formas principales de ECV que muestra un incremento.

Respecto a nuestro país, podemos considerar la IC como la tercera causa de muerte. Según el estudio PRICE realizado por Anguita y colaboradores (2008), la prevalencia ponderada se encuentra en un 6,8%, con afectación similar en varones que en mujeres (6,5 y 7%, respectivamente). La distribución por edades es del 1,3% entre los 45-54 años; del 5,5% entre los 55-64 años; el 8% entre los

65-74 años, y el 16,1% en personas de 75 o más años. La incidencia aumenta con la edad alrededor del 1% anual en la población mayor de 65 años, siendo la primera causa de hospitalización en este grupo de pacientes, alcanzando las 74.000 hospitalizaciones/año, suponiendo el 5% del total de ingresos, y su porcentaje se incrementa cada año.

La mayoría de los autores reconoce que las cifras alcanzan valores de epidemia, si bien es cierto que debido a su complejidad no es fácil de definir ni de cuantificar. Además, aunque la supervivencia ha mejorado en los últimos años, continúa teniendo un mal pronóstico con una mortalidad aproximada del 50% a los 5 años del diagnóstico. Debido a su elevada prevalencia y a su alta tasa de ingresos-reingresos supone un problema de salud pública por su elevada carga asistencial. En conjunto se estima que los costes directos de la IC suponen 1-2% del presupuesto sanitario de los países desarrollados. La manera más razonable de poder controlar el problema sería conseguir un descenso en la incidencia, por lo que deberíamos actuar sobre los factores de riesgo (FR) potenciales de desarrollar IC (ver De la Fuente, Hermida, Pazo y Lado, 2007 para una revisión sobre el tema), que explicaremos más adelante.

3.3. ETIOLOGÍA

3.3.1. Factores de riesgo médicos

La IC es un síndrome complejo en el que influyen múltiples factores que participan en la propia etiología del síndrome. En general podemos hablar de tres tipos de causas de IC: predisponentes, determinantes y precipitantes (Segovia *et al.*, 2004).

Las *causas predisponentes*, también llamadas factores de riesgo, son marcadores que se asocian con una mayor probabilidad de aparición de IC y pueden identificarse en la población sin cardiopatía o sin síntomas de IC. A su vez, se dividen en etiológicas, probablemente etiológicas y no etiológicas.

Las *causas predisponentes etiológicas* son las alteraciones estructurales, congénitas o adquiridas en las que existe una afección de los vasos periféricos, la circulación coronaria, el pericardio, el miocardio, el endocardio o las válvulas cardiacas, que produce una alteración de la fisiología normal del corazón. La principal es la cardiopatía isquémica refiriéndonos con ella a un conjunto de enfermedades del corazón o cardiopatías cuyo origen radica en la incapacidad de las arterias coronarias (coronariopatía) para suministrar el oxígeno necesario a un determinado territorio del músculo cardiaco, lo que dificulta el funcionamiento de éste. Por ello, el corazón enferma debido a la mala función de las arterias coronarias, siendo la cardiopatía isquémica responsable de más del 50% de los casos de IC en Estados Unidos (Gheorghide y Bonow, 1998) sobre todo en varones. Dentro de la cardiopatía isquémica, el antecedente de infarto de

miocardio es el principal factor aislado, con un riesgo de IC 10 veces superior al de la población normal durante el primer año tras el infarto y hasta 20 veces superior en los siguientes. La miocardiopatía dilatada y las cardiopatías congénitas son otras etiologías predisponentes de IC menos prevalentes en la población.

Las *causas predisponentes probablemente etiológicas* se asocian con una mayor incidencia de IC, sin que exista una relación causal demostrada, aunque es probable que influyan de forma «indirecta» en el deterioro progresivo de la función ventricular. La principal es la HTA, especialmente prevalente en mujeres y en individuos de raza negra con IC. Según el estudio Framingham, el riesgo de IC se duplica en la población que presenta HTA ligera y se cuadruplica cuando los valores de presión arterial superan los 160/95 mmHg. La elevación de la presión arterial sistólica supone un aumento del riesgo de desarrollo de IC 2 veces superior al de la elevación de la presión arterial diastólica. La hipertrofia ventricular izquierda, causada principalmente por la HTA, es a su vez un factor de riesgo para el desarrollo de IC (implica un riesgo relativo 17 veces mayor que en la población normal) (Levy *et al.*, 2002; Levy, Larson, Vasan, Kannel y Ho, 1996; McKee, Castelli, McNamara y Kannel, 1971). También son causas predisponentes, probablemente etiológicas, la diabetes mellitus y la historia de fiebre reumática. La diabetes es un FR para la aparición de cardiopatía isquémica y muchas veces coexiste con HTA o dislipemia, a su vez factores de riesgo coronario. El riesgo de IC en mujeres diabéticas es 5 veces superior al de las no diabéticas, y supera al de los varones diabéticos.

En las *causas predisponentes no etiológicas* no existe una relación causa-efecto directa con la IC. Se han evidenciado en análisis multivariados realizados sobre amplias poblaciones y deben ser entendidas como meros marcadores de riesgo (Kannel, Gordon, Castelli y Margolis, 1970). Incluyen la edad avanzada, el sexo masculino, el sobrepeso, la cardiomegalia (agrandamiento anormal del corazón), la capacidad vital reducida, el consumo de tabaco, la proteinuria y las anomalías en el electrocardiograma basal (como el bloqueo de rama izquierda y las alteraciones de la repolarización ventricular). Así a partir de los cuarenta, se estima que con cada década se duplica el riesgo de padecer IC; aproximadamente un 8% de los mayores de 85 años presentan IC (Ho *et al.*, 1993). También el aumento progresivo de peso aumenta el riesgo de desarrollo de IC en ambos sexos; la obesidad aumenta el trabajo cardíaco y favorece la aparición de HTA, diabetes mellitus y dislipemia. El tabaquismo es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de cardiopatía isquémica que, como hemos mencionado con anterioridad, es la principal causa de IC.

Las *causas determinantes de IC* son las que alteran los mecanismos reguladores de la función ventricular, las condiciones de carga hemodinámica y la frecuencia cardíaca. Pueden clasificarse en alteraciones miocárdicas (primarias o secundarias), sobrecargas hemodinámicas, defectos de llenado ventricular, disineria ventricular y alteraciones del ritmo cardíaco.

Por último las *causas precipitantes de la IC* (Givertz, Colucci y Braunwald, 2001; Young, 1997) son los factores que provocan la

descompensación de una situación de estabilidad en pacientes con o sin diagnóstico previo de IC, pero con una cardiopatía estructural subyacente.

3.3.2. Factores de riesgo psicológicos y psicosociales relevantes en el pronóstico de la IC

Al ser la IC un síndrome tan complejo en el que influyen tantos factores, hay que acudir a un modelo en el que además de las variables puramente fisiológicas, se incluyan otras de carácter psicosocial, como la personalidad, el estilo de vida y los hábitos conductuales que se encuentran en el origen y/o desarrollo de determinadas enfermedades, en general, y de las cardiopatías isquémicas, en particular (Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García, 1993). De todas ellas, vamos a centrarnos a continuación, en las que son el objetivo de nuestra investigación, tales como ciertas emociones negativas, es decir, la ansiedad, la depresión o la ira, así como otras de carácter psicosocial como son el estrés, el estatus socioeconómico o el apoyo social, que han demostrado que no sólo incrementan el riesgo de padecer una ECV, sino que además empeoran su pronóstico.

3.3.2.1. Ansiedad, depresión y apoyo social

Sólo en los últimos años han sido exploradas las variables psicológicas en la IC. En este sentido, el trabajo de Kenneth, MacMahon, Gregory y Lip (2002) revisó los estudios que han abordado los efectos de la depresión, la ansiedad, el estilo de

afrontamiento, y el nivel de apoyo social en esta compleja enfermedad. De las pruebas disponibles, parece que los pacientes en general, experimentan niveles moderados de depresión, pero no demasiada ansiedad. El nivel de apoyo social y el estilo para hacer frente a la enfermedad, sin embargo, son los factores de pronóstico más importantes. Cuando se realizó este estudio fue difícil extraer conclusiones definitivas debido a la escasez de investigaciones en la literatura sobre este tema. Por tanto se concluyó la necesidad de proseguir la labor de examinar esta cuestión, ya que no deberían ser descuidados los problemas psicológicos que se presentan en la IC.

De la misma forma, un artículo reciente amplía dicha revisión de la literatura considerando los estudios que han investigado el impacto de la depresión, la ansiedad y el apoyo social sobre la mortalidad, tanto en pacientes hospitalizados, como en pacientes ambulatorios con diagnóstico de IC (Pelle, Gidron, Szabó y Denollet, 2008). Las conclusiones que se obtuvieron fueron, por una parte, que tanto los síntomas depresivos en sentido negativo, como el apoyo social en sentido positivo, pueden tener una función de pronóstico entre los pacientes ambulatorios con IC, no así en los pacientes hospitalizados, necesitándose por otra parte, más investigación sobre el papel que tiene la ansiedad en el pronóstico de dicha enfermedad.

Por otro lado dicha revisión, no se ha dirigido a ofrecer una visión completa de todos los predictores psicológicos en la IC, habiéndose descuidado algunos conceptos psicosociales importantes como por ejemplo el estilo de

afrontamiento o el estatus socioeconómico. Tampoco ha sido revisada una variable fundamental en las ECV como es la ira o la hostilidad. Según este estudio, las futuras investigaciones deberían incorporar una perspectiva multifactorial para aclarar los mecanismos que vinculan los factores psicosociales con la progresión de la IC, además de explorar y separar con mayor precisión la posible influencia de estos factores tanto en su etiología como en su progresión.

En esta línea, un estudio concluyó que aunque la ansiedad y la depresión tienen una alta correlación en pacientes con IC, solamente la depresión predice de forma significativa un pronóstico peor en estos pacientes (Jiang *et al.*, 2004). Otro estudio cuyo objetivo fue investigar la prevalencia de la depresión y la ansiedad y su relación con factores psicosociales en la mortalidad de pacientes con IC (Friedmann *et al.*, 2006), encontró una alta prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes ambulatorios con IC. Además la depresión y el aislamiento social predijeron mortalidad independientemente de los cambios demográficos, el estado clínico y la percepción del estado funcional, aunque no la ansiedad. Hubo discrepancias entre los hallazgos acerca de la relación de los factores psicosociales con la mortalidad de los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios, hecho que podría indicar que las variables psicosociales difieren en los pacientes durante la IC aguda y crónica.

Es importante resaltar la relación que hay entre IC y depresión. Depresión e IC tienen una relación causa-efecto en ambos sentidos; es decir, que la depresión

incrementa el riesgo de padecer IC y que, a su vez, los pacientes con IC tienen mayor probabilidad de padecer una depresión. (Azevedo *et al.*, 2008).

Los pacientes con IC a menudo padecen depresión. Se estima que uno de cada cuatro de estos pacientes tiene síntomas depresivos, aumentando a uno de cada dos en las fases más avanzadas o graves de la cardiopatía. Es decir, la depresión se presenta con unas tasas de prevalencia en la población con IC del orden del 25%, y en pacientes con fases avanzadas o graves, la tasa de enfermedad depresiva o depresivo-ansiosa sobrepasa el 50%. (Gottlieb *et al.*, 2004).

Por todo esto, la enfermedad depresiva es un problema de primer orden dentro de lo que debería considerarse la atención integral al enfermo con enfermedad cardíaca. Sin embargo, no siempre se considera así. Las causas de este desajuste entre la importancia real que la enfermedad depresiva supone para el enfermo con IC y la atención real que se le dispensa son complejas y no pasan por la culpabilización de uno u otro colectivo de profesionales, psiquiatras o cardiólogos, sino por divulgar las evidencias disponibles en torno al tema y buscar nuevos y sólidos hallazgos que terminen de aclarar la relación real entre ambas enfermedades y, sobre todo, ofrezcan soluciones para mejorar la situación actual (Pintor, 2006).

En esta línea se inscribe el trabajo de Guallar-Castillón y sus colaboradores (2006), donde se destaca la importancia que de cara al pronóstico final tiene la identificación de la enfermedad depresiva en una subpoblación

especialmente vulnerable de enfermos con IC, así como el interés que presenta la identificación de rasgos clínicos de riesgo para la depresión. Ambos aspectos se pueden conseguir con una buena historia clínica y con la administración de escalas simples para obtener una cuantificación de la enfermedad depresiva. Esto propiciaría el inicio de nuevos tratamientos antidepresivos específicos que han demostrado una eficacia muy superior al placebo en el tratamiento de la enfermedad depresiva sin apenas efectos secundarios o interacciones con otros fármacos. Además es sabido, que por sí misma, la depresión disminuye la calidad de vida de los pacientes, tanto la de los que presentan exclusivamente una enfermedad mental como la de los que tienen una enfermedad médica a la que se suma un trastorno psicológico.

En la revisión de Guallar-Castillón y colaboradores (2006) se pone de manifiesto que la depresión es muy frecuente en los pacientes hospitalizados con IC. En particular es 3 o 4 veces más frecuente que en la población general de la misma edad (Alonso *et al.*, 2004; *The WHO World Mental Health Survey Consortium*, 2004). Se observa también una tendencia hacia una mayor frecuencia de depresión entre las mujeres con IC (Freedland *et al.*, 2003; Jiang *et al.*, 2001; Vaccarino, Kasl, Abramson y Krumholz, 2001; Williams *et al.*, 2002), aunque no en todos los estudios (Havranek, Spertus, Masoudi, Jone y Rumsfeld, 2004; Koenig, 1998; Rumsfeld *et al.*, 2003).

Los hallazgos de la revisión mencionada (Guallar-Castillón *et al.*, 2006) también son consistentes con una literatura más amplia al mostrar que la

depresión es más frecuente en los que tienen peor salud física (Havranek *et al.*, 2004; Joynt, Whellan y O'Connor, 2004; Koenig, 1998; Konstam, Moser y De Jong, 2005) ya sea medida por el grado funcional de la NYHA (Freedland *et al.*, 2003; Gottlieb *et al.*, 2004; Jiang *et al.*, 2001; Rumsfeld *et al.*, 2003), el componente físico de la calidad de vida (Gottlieb *et al.*, 2004), el grado de discapacidad en las actividades de la vida diaria (Freedland *et al.*, 2003; Koenig, 1998; Vaccarino *et al.*, 2001; Williams *et al.*, 2002) o la presencia de hospitalización previa por IC en el último año (Vaccarino *et al.*, 2001). Además coincide con otros trabajos en que no se ha encontrado una asociación con indicadores clásicos de la gravedad de la IC como la FEVI (Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo) (Frasure-Smith *et al.*, 2000; Gottlieb *et al.*, 2004; Havranek *et al.*, 2004; Jiang *et al.*, 2001; Vaccarino *et al.*, 2001) que es el indicador más utilizado para expresar cómo de fuerte o de débil se contrae el ventrículo izquierdo. Por último, parece también que se observa una mayor frecuencia de depresión entre los menos satisfechos con el médico de atención primaria, lo que resulta esperable ya que la depresión puede facilitarse por un menor grado de acuerdo entre el nivel de salud y las expectativas sobre éste, y el primero depende en parte de la atención médica recibida (Wilhelm *et al.*, 2005).

Con todo ello muchos autores, recomiendan la identificación de la presencia de depresión en los pacientes adultos, ya que es un trastorno frecuente, con instrumentos diagnósticos sencillos y tratamiento eficaz (Pignone, 2002). Sin embargo, esta práctica no se realiza de forma sistemática, ya sea por limitaciones de tiempo o por falta de familiaridad con los instrumentos diagnósticos, entre

otros aspectos. Por tanto, con demasiada frecuencia la depresión no se diagnostica y no se trata (Alonso *et al.*, 2004; Ciurana, 2002).

La elevada frecuencia de depresión observada en el trabajo de Guallar-Castillón y colaboradores (2006) entre ancianos hospitalizados por IC, garantiza un alto rendimiento diagnóstico de su detección y proporciona un nuevo argumento para llevarlo a cabo en nuestro medio. El rendimiento diagnóstico será mayor en las mujeres y en los pacientes con peor salud física, mayor dependencia en las actividades de la vida diaria, mayor aislamiento social y menor satisfacción con su médico de atención primaria. Además, dado el peor pronóstico de los pacientes con IC y depresión, en ellos se deberán optimizar las intervenciones farmacológicas así como los hábitos de vida que son eficaces para reducir las rehospitalizaciones y la mortalidad (Swedberg *et al.*, 2005).

También el metaanálisis realizado por Rutledge, Reis, Linke, Greenberg y Mills (2006) de 21 estudios muestra que, en general, la tasa de prevalencia de la depresión en la IC es del 21%, donde 1 de cada 5 pacientes con IC cumplen criterios de depresión grave. Además, la tasa de mortalidad, los eventos clínicos y la rehospitalización es notablemente más alta entre los pacientes que informaron una depresión más grave. Por otra parte los estudios que describen tratamientos de la depresión entre los pacientes con IC son demasiado pequeños y heterogéneos para permitir conclusiones definitivas sobre la eficacia de la intervención.

Otro metaanálisis más reciente (Dimos, Stougiannos, Kakkavas y Trikas, 2009) indica también que la depresión es más común en pacientes con IC que en

la población general. Además hay muchos factores que parecen contribuir al desarrollo de la depresión en estos pacientes. Una cuestión importante que surge al estudiar estos factores es si la depresión tiene una relación etiológica en la aparición y desarrollo de la IC. Como ya apuntábamos unas líneas más arriba, a veces la IC conduce a la aparición y desarrollo de la depresión, mientras que también puede ocurrir lo contrario, que la propia depresión incrementa el riesgo de IC. No obstante siguen necesitándose más estudios para investigar esta relación.

Por otro lado, en cuanto a los factores fisiopatológicos implicados, existe un aumento en los niveles de catecolaminas circulantes en ambas enfermedades, depresión e IC, con el resultado de que la depresión se agrava en los pacientes con IC. El mecanismo de base común es la consiguiente inflamación, con altos niveles de citocinas proinflamatorias circulantes, que causa y son causadas por el síndrome depresivo, jugando a su vez un rol decisivo en el desarrollo de IC. En concreto, el aumento de los niveles de citocinas, en especial interleucina-6 (IL-6), interleucina-1 (IL-1), y el factor tumoral de necrosis alfa (TNF α), se han encontrado que tienen un efecto desfavorable sobre la función cardíaca, además de que pueden producir síntomas de depresión, anorexia, pérdida de peso, anhedonia y alteraciones en el sueño.

En esta línea diversos estudios, llegan a la conclusión de que la depresión junto a la activación de citocinas proinflamatorias pueden promover la progresión de la enfermedad y aumentar la mortalidad en pacientes con IC (Ferketich, Ferguson y Binkley, 2005; Parissis *et al.*, 2004, 2009).

Además existen evidencias de que la propia IC podría provocar la aparición de la depresión, dado que hay áreas del cerebro, como la región temporal medial, que son especialmente vulnerables al déficit de riego sanguíneo que conlleva la enfermedad. (Alves *et al.*, 2006). Estas áreas se han involucrado desde hace décadas en la fisiopatología de la enfermedad depresiva.

Por otra parte, se ha demostrado que los factores psicosociales, tales como situaciones cotidianas de estrés, el incumplimiento del tratamiento farmacológico, no seguir la dieta o la negativa a hacer ejercicio, afectan a su vez de una forma desfavorable a la depresión, exacerbando la IC a largo plazo (Dimos *et al.*, 2009).

Respecto a la ansiedad y sus factores determinantes en la IC, hay todavía pocos estudios que los aborden. En este sentido, Riedinger, Dracup y Brecht (2002), demostraron que la ansiedad era un predictor independiente de los eventos cardiacos adversos en pacientes con IC. En contraste, otros estudios concluyen que la ansiedad no era un factor predictivo de rehospitalización o mortalidad (Friedmann *et al.*, 2006; Konstam *et al.*, 2005).

Un estudio más reciente identificó que 1 de cada 10 pacientes con IC, sufría trastornos de pánico, muchos de los cuales además tenían ansiedad o trastornos depresivos concomitantes. Además, ser mujer y tener un bajo nivel de educación eran factores que se asociaban positivamente con la presencia del trastorno de pánico (Mullertasch, 2008).

En otra línea, el trabajo de Schiffer, Pedersen, Broers, Widdershoven y Denollet (2008) analizó la ansiedad junto con la personalidad Tipo D y los

síntomas depresivos en pacientes con IC, para ver si éstos podían predecir la ansiedad clínicamente significativa. Las conclusiones fueron que la personalidad Tipo D, pero no la depresión, predecía ansiedad al cabo de 1 año. Por tanto, la medida de este tipo de personalidad podría servir, según los autores, para identificar a los pacientes con alto riesgo de ansiedad ya que estos pacientes tendrían una calidad de vida deteriorada, así como un riesgo mayor de mal pronóstico.

Resumiendo podemos decir que en el ámbito de la IC, como ya explicamos en el capítulo 2 cuando hicimos referencia a la relación de la depresión (Lett *et al.*, 2004) y la ansiedad (Strik, Denollet, Lousberg y Honig, 2003) con las ECV, que estas variables psicológicas inciden en el desarrollo de esta enfermedad y que los síntomas depresivos subsindrómicos también correlacionan con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular. Incluso se ha observado que el estado de ánimo negativo puede predecir la mortalidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad cardíaca, en una evaluación a largo plazo después de un infarto de miocardio (Frasure-Smith y Lesperance, 2003).

Las bases biológicas que sustentan esta relación se fundamentan en los múltiples cambios neuroinmunoendocrinos y en las proteínas de fase aguda de la inflamación que acontecen en los enfermos depresivos (Pintor, 2006). Así, se ha observado que los pacientes con depresión experimentan una mayor activación plaquetaria que les predispone a episodios tromboembólicos. Investigaciones

adicionales confirman esta relación entre depresión, plaquetas, e IC (Thomas *et al.*, 2008). Estos mismos pacientes también experimentan activación inmunitaria (células asesinas o *natural killer*, leucocitos, etc.) e hipercortisolemia, junto con incremento de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y del factor liberador de ACTH, con una menor resistencia a la insulina, así como un aumento de la producción endógena de esteroides y la liberación de catecolaminas, y un incremento de la presión arterial y de la vasoconstricción coronaria.

La manera en que estos factores condicionan un empeoramiento clínico que incrementa la mortalidad no es fácil de precisar, pero sí se conoce su importancia sobre la salud cardiovascular. Desde la perspectiva estrictamente sintomática de la enfermedad depresiva en pacientes con IC, hay características clínicas que se han asociado con un mal pronóstico vital, como la pérdida de apetito, el adelgazamiento, la merma de ganas de luchar y vivir, y el incumplimiento de las pautas médicas. Este último aspecto es especialmente relevante, ya que puede ser modificado con un buen abordaje integral (médico-psicológico) del paciente y debe ser siempre evaluado en cuanto al grado de aceptación y cumplimiento del tratamiento, los fallos a las visitas médicas y a las pruebas complementarias, el control sobre los autocuidados como la presión arterial y la dieta, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y el ejercicio físico (Pintor, 2006). Así cuanto más larga es la evolución de la enfermedad, mayor probabilidad de padecer un trastorno ansioso-depresivo. La dolencia provoca en estos pacientes un notable desgaste emocional a lo largo de los años,

con la necesidad de adaptaciones sucesivas a situaciones físicas y psicosociales cambiantes.

Así los síntomas de la propia enfermedad depresiva ocasionarían por una parte que estos pacientes empeoraran sus hábitos de vida, y por otra parte la propia evolución de la IC con continuas adaptaciones propias de la enfermedad cardíaca, así como el mencionado desgaste emocional, aumentaría la probabilidad de padecer ansiedad o depresión o agravarlas en el caso de que ya existieran.

Respecto al apoyo social, se han realizado escasas investigaciones en relación a la IC. No obstante, un metaanálisis realizado sobre la influencia del apoyo social en los resultados de pacientes con IC, identificó que el bajo apoyo social parece ser un predictor importante de reingresos hospitalarios y mortalidad en pacientes con IC (Luttik, Jaarsma, Moser, Sanderman y van Veldhuisen, 2005). Concretamente, el apoyo emocional, probablemente el apoyo prestado por las parejas o cónyuges, parece desempeñar una importante función.

Algunos estudios también muestran que el bajo apoyo social se relaciona con la prevalencia de la depresión en pacientes con IC. Así el estudio de Holahan, Moos, Holahan y Brennan (1995), se centró en el papel protector del apoyo social, y en las estrategias de adaptación que utilizaban los pacientes con IC para hacer frente a la enfermedad. En cuanto a los determinantes de los síntomas de la depresión, encontró que tanto el apoyo social como el afrontamiento adaptativo, se relacionaron significativamente de forma inversa con los síntomas de depresión durante el seguimiento. El apoyo social también se relacionó significativamente

con el afrontamiento adaptativo. Así, se asociaba directamente con los síntomas depresivos posteriores, e indirectamente mediaba en las estrategias de afrontamiento utilizadas para adaptarse a la enfermedad. También el estudio de Koenig (1998) encontró que un alto apoyo social predecía más rápidamente la remisión de una depresión mayor entre pacientes hospitalizados por IC. Sin embargo, hay menos resultados que confirmen la relación entre apoyo social y calidad de vida, habiéndose realizado diversos estudios que han examinado esta relación y que no han podido confirmar la influencia de dicha variable sobre la calidad de vida (Bennett, Baicer y Huster, 1998; Bennett *et al.*, 2001; Westlake *et al.*, 2002). Los investigadores sugieren que la falta de pruebas de esta relación puede ser parcialmente explicada por la ausencia a su vez de variabilidad en el apoyo social dentro de la muestra (Luttik *et al.*, 2005).

Un estudio más reciente (Löfvenmark, Mattiasson, Billing y Edner, 2009) cuyo objetivo fue investigar la percepción de apoyo social y de sentirse solos en pacientes con IC concluyó que aquellos que se sentían solos, tenían menos contactos sociales y emocionales, estaban menos satisfechos con dichos contactos y con las relaciones cercanas, además esto ocurría más frecuentemente en mujeres y esta percepción de soledad se relacionaba con la frecuencia de reingresos y el número de días hospitalizados durante 1 año.

También el apoyo social ha sido relacionado con la ansiedad, demostrando un estudio que ambos se asocian de forma independiente con una mayor incidencia de IC relacionada con reingreso en el hospital (Tsuchihashi-Makaya,

Kato, Chishaki, Takeshita y Tsutsui, 2009). Además se sugiere que la depresión está causada por factores psicosociales, más que médicos, ya que se asocia con la falta de apoyo social, pero en cambio no se asocia con factores clínicos, como la etiología, comorbilidad, complicaciones y gravedad de la IC. Según este trabajo, los factores sociales son importantes predictores tanto para la depresión como para la ansiedad, cuya prevalencia es alta en los pacientes con IC, por lo que el apoyo social sería un componente esencial para esta enfermedad.

3.3.2.2. Estrés

Ya es sabido que experimentar estrés emocional o físico causa un aumento de la frecuencia cardíaca, elevación de la presión arterial y la liberación de las hormonas del estrés. Todo esto genera una carga de trabajo mayor para el corazón, que puede ser peligrosa. El estrés puede causar un ataque cardíaco, la muerte súbita cardíaca, *insuficiencia cardíaca* o arritmias (ritmos cardíacos anormales) en personas que, incluso, pueden no saber que tienen enfermedad cardíaca. Las personas que tienen IC, EC, arritmias conocidas u otras enfermedades del corazón o de los vasos sanguíneos deberían evitar el estrés emocional siempre que sea posible y aprender a manejar sus efectos. Además el esfuerzo físico excesivo y el estrés emocional pueden causar problemas tanto en hombres como en mujeres, aunque éstas últimas parecen ser particularmente susceptibles a desarrollar problemas cardíacos ante el estrés emocional (Torpy, Burke y Glass, 2007).

En este sentido, algunos investigadores que creen que la meditación trascendental (MT), influye en el sistema nervioso y modifica varias funciones corporales, como la respiración, la dilatación arterial y la regulación de la hormona del estrés, piensan que ésta a su vez, ayuda en la IC. La técnica de la MT es una forma de meditación en la que las personas se sientan cómodamente, con los ojos cerrados, y repiten en silencio un mantra (un sonido, una palabra o una frase) para calmar la mente y el cuerpo. Según un estudio las personas con IC podrían mejorar su salud mental y física con ayuda de este tipo de práctica (Jayadevappa *et al.*, 2007). Los científicos hallaron que quienes aprendían la técnica de la MT recuperaban su capacidad de hacer ejercicio, mejoraban su calidad de vida y aliviaban los síntomas depresivos. Estudios previos hallaron que la MT mejora la hipertensión y algunos otros FR de la enfermedad cardiaca. Este estudio (Jayadevappa *et al.*, 2007) es el primero que hemos encontrado que analiza la MT y la IC en los afroamericanos, un grupo especial de riesgo de la enfermedad, según explican los autores. Se incluyó a 23 adultos negros de 55 años o más, recientemente hospitalizados por IC leve a moderada. La rehabilitación incluyó ejercicio físico y medicación adecuada para aliviar la carga de trabajo del corazón y retrasar el avance de la enfermedad.

Los participantes del estudio recibieron al azar MT o clases de educación para la salud, además del tratamiento estándar para la IC. El grupo que practicó MT, primero aprendió la técnica y luego la practicó a diario por su cuenta. A los seis meses, el grupo que hizo meditación mejoró su rendimiento promedio en una caminata de seis minutos, prueba estándar para medir la capacidad física. Los

participantes que realizaron MT también mejoraron su informe de calidad de vida y de síntomas depresivos, en comparación con el grupo que recibió educación para la salud. Los autores concluyeron que se necesitan estudios a gran escala y más extensos para replicar estos resultados y observar si la MT proporciona beneficios a largo plazo a los pacientes con IC.

Siguiendo en la línea de las actuales *terapias de tercera generación*, donde la meditación también está incluida como parte de ellas, y que enfatizan elementos como los valores y la espiritualidad, también podemos encontrar algunos estudios los cuales destacan que el sentimiento de bienestar espiritual podría prevenir o reducir la depresión y por tanto mejorar la calidad de vida de la población con IC (Bekelman *et al.*, 2007; Gusick, 2008).

3.3.2.3. Estatus socioeconómico

Aunque una gran cantidad de evidencia apoya la idea de que los factores socioeconómicos pueden influir en el pronóstico de las ECV, existen pocos estudios que describan de forma específica la influencia de la privación socioeconómica en la IC. Según el metaanálisis de Blair, Lloyd-Williams y Mair (2002), la privación socioeconómica se ha asociado con una mayor prevalencia de IC (McAlister *et al.*, 2004), peor clase funcional y calidad de vida (Clark, Tu, Weiner y Murray, 2003; Clarke, Frasure-Smith, Lesperance y Bourassa, 2000), mayores tasas de ingreso y reingreso hospitalario (Philbin, Dec, Jenkins y DiSalvo, 2001; Struthers, Anderson, Donnan y MacDonald, 2000; Tsuchihashi-

Makaya *et al.*, 2001) y una menor supervivencia en pacientes con este síndrome (MacIntyre *et al.*, 2000).

Por otra parte un estudio quiso evaluar el efecto de la privación socioeconómica en el riesgo a largo plazo de desarrollar IC. Se examinó la relación entre privación socioeconómica y una admisión posterior en el hospital por IC durante un período de 20 años en una cohorte inicial de hombres y mujeres de mediana edad, siendo uno de los estudios epidemiológicos más importante llevado a cabo con esta enfermedad (Stewart *et al.*, 2006). Se comprobó si la situación socioeconómica de partida sería un factor independiente de riesgo para la morbilidad de la IC durante ese período. Efectivamente se demostró que el nivel socioeconómico era un predictor potente e independiente de la evolución de la IC.

Ahora bien, ¿por qué la privación socioeconómica puede aumentar la incidencia de la IC? La explicación es sin duda compleja. El síndrome de IC se produce al final de una cadena de eventos clínicos y refleja una serie de diferentes etiologías y procesos fisiopatológicos subyacentes. Los efectos dañinos del infarto de miocardio, la hipertensión, o de ambos, por lo general causan disfunción ventricular izquierda.

Suponiendo que queden plenamente ajustados los desequilibrios de base en los precursores de la IC, todavía hay varias maneras en que la privación socioeconómica puede aumentar el riesgo de desarrollar este síndrome. La tasa de adhesión al tratamiento en la terapia antihipertensiva y los tratamientos contra el

infarto de miocardio (por ejemplo, antiagregantes plaquetarios, estatinas) puede ser menor en las personas más desfavorecidas (Caldwell *et al.*, 1983; De Gaudemaris *et al.*, 2002; Lawlor, Bedford, Taylor y Ebrahim, 2003; Shen, Wan y Perlin, 2001; Wei *et al.*, 2002).

La privación socioeconómica se asocia también con acudir al médico más tarde y la ocurrencia posterior de infarto (con menos oportunidades para salvar el daño del miocardio) (Salomaa *et al.*, 2001; Sheifer *et al.*, 2000), más IC en el momento del infarto (Alter, Naylor, Austin y Tu, 1999; Barakat *et al.*, 2001; Latour-Perez *et al.*, 1996), más comorbilidad (como la diabetes) (Alter *et al.*, 1999; Barakat *et al.*, 2001; Latour-Perez *et al.*, 1996; Salomaa *et al.*, 2001) asociada con un mayor riesgo de IC posterior, y un menor uso de tratamientos de prevención secundaria (y revascularización) (Alter *et al.*, 1999; Barakat *et al.*, 2001; Salomaa *et al.*, 2001). Las tasas de fumadores después de un infarto son también más altas en los grupos desfavorecidos y, curiosamente, el consumo se ha asociado con un riesgo significativamente mayor de hospitalización por IC en el grupo de prevención del estudio de disfunción ventricular izquierda (SOLVD-P) (Barakat *et al.*, 2001; Suskin, Sheth, Negassa y Yusuf, 2001).

También otro estudio más reciente (Schaufelberger y Rosengren, 2007), llegó a la conclusión de que los trabajos de clase baja se asocian con mayor riesgo de IC, habiendo una relación entre la clase ocupacional y el diagnóstico de IC. Así los trabajadores no cualificados tenían un 72% más de riesgo en comparación con

los altos funcionarios. Esta relación fue independiente de otros FR, así como de la EC concomitante, o si la IC era o no el diagnóstico principal.

3.3.2.4. Hostilidad

El estudio de Boyle y colaboradores (2004) analizó la influencia de la hostilidad como factor predictivo de supervivencia en una muestra amplia de individuos de diversas edades con EC, entre las que se incluye la IC. Entre 1985 y 1989 todos los pacientes sometidos a angiografía coronaria en el *Duke University Medical Center* por sospecha de enfermedad vascular completaron una batería de pruebas psicológicas, entre ellas la escala de Hostilidad de Cook y Medley (1954). Sólo se incluyeron en la investigación pacientes con EC significativa (más del 75% de estenosis en una o más arterias y sin síntomas de angina inestable); la cohorte final de análisis estuvo integrada por 1328 enfermos de 60 años en promedio (76% de sexo masculino). También se aplicó una versión abreviada de la escala mencionada como parámetro predictivo de supervivencia, la cual incluye 4 secciones que reflejan el concepto de hostilidad: cinismo, atribuciones hostiles, afecto hostil y respuestas hostiles, cuya suma constituye la puntuación total en esta versión de la escala. Los autores destacan que dos estudios prospectivos previos revelaron que esta versión abreviada es un mejor parámetro predictivo de evolución en salud que la puntuación total en la escala completa de hostilidad de Cook y Medley.

El valor promedio en dicha versión abreviada fue de 16,25 mientras que el de la escala global resultó de 19,96. La relación entre ambas mediciones y la mortalidad se evaluó mediante modelos de riesgo proporcional de Cox que incluyeron edad y gravedad de la patología como covariables. En relación con el último punto se consideraron tres aspectos: número de vasos con obstrucción; intensidad de la IC y fracción de eyección ventricular. Una amplia proporción de enfermos (n = 725) habían sido sometidos a cirugía de derivación coronaria con injerto. En modelos adicionales se analizó también la interacción entre la edad y la hostilidad como elemento predictivo de supervivencia, bajo la presunción de que dicho rasgo es constante a lo largo del tiempo. Las muertes por causa coronaria se determinaron a partir de la información brindada por los médicos de los pacientes. Los criterios de valoración fueron la mortalidad global y la mortalidad cardiovascular.

El seguimiento se efectuó a los 6 y 12 meses del cateterismo y, posteriormente, cada año hasta junio de 2002. Para ese entonces 622 pacientes habían fallecido, 365 por EC. El seguimiento promedio en sujetos que no presentaron eventos cardiovasculares fue de 14,26 años. Este estudio confirmó que la hostilidad es un parámetro predictivo importante de mortalidad cardíaca y global, pero que el efecto es más notable en pacientes más jóvenes, posiblemente a causa de un fenómeno de supervivencia selectiva. Así, añaden los autores, es factible que los enfermos con un elevado nivel de hostilidad que sobreviven hasta edades avanzadas representen un grupo más “fuerte” y menos “vulnerable” a los efectos negativos de dicho rasgo de personalidad. Sin embargo, los resultados no

coinciden con los de otras investigaciones al respecto, tal vez por factores metodológicos, como concluyen los propios autores.

Otro metanálisis, ya mencionado en un capítulo previo, que revisó la asociación entre la ira y la hostilidad y la cardiopatía coronaria (una de las causas principales de la IC), concluyó que éstas emociones se asocian con un aumento de las enfermedades del corazón y con un mal pronóstico de la cardiopatía coronaria (Chida y Steptoe, 2009).

3.3.3. Factores protectores

A continuación estudiaremos aquellos recursos psicológicos sobre los que la investigación ha demostrado bien su relación directa con la salud, bien su asociación con la práctica de conductas saludables, o finalmente, la posibilidad de que las personas caracterizados por ellos disminuyan su probabilidad de tener consecuencias fisiológicas negativas o enfermar tras su exposición a acontecimientos estresantes como pueden ser el afrontamiento, la autoeficacia y otros factores protectores que han demostrado mediar de forma positiva en la IC, a pesar de no haber demasiados estudios aun que relacionen concretamente la IC con factores protectores. Sin embargo existen algunos de ellos que son especialmente relevantes, y se exponen a continuación.

3.3.3.1. Autoeficacia

Ya en el capítulo 2 explicamos con detenimiento la importancia de esta variable para las ECV. Vimos cómo los estudios de autoeficacia se han centrado principalmente en su papel en el éxito de la rehabilitación cardiaca (Berkhuysen, Nieuwland, Buunk, Sanderman y Rispens, 1999; Carlson *et al.*, 2001; Ewart, Taylor, Reese y DeBusk, 1983; Foster *et al.*, 1995; Gardner *et al.*, 2003; Izawa *et al.*, 2005). También un estudio previo había encontrado que la autoeficacia predecía significativamente el estado de salud de 198 pacientes sometidos a una angiografía coronaria (Sullivan, Lacroix, Russo y Katon, 1998).

Una investigación reciente (Sarkar, Ali y Whooley, 2009) ha analizado el papel de la autoeficacia en la IC al ser una enfermedad que requiere múltiples ajustes, ya que una mejor autogestión a través por ejemplo de la adherencia a los medicamentos, o del control de peso, entre otros aspectos, se había asociado en numerosos estudios, con una mayor autoeficacia (Curtin *et al.*, 2008; Sarkar, Fisher y Schillinger, 2006; Subramanian, Hopp, Mitchinson y Lowery, 2008; Wolf *et al.*, 2007).

La hipótesis del estudio de Sarkar y colaboradores (2009) era que la autoeficacia sería especialmente relevante para evitar la hospitalización por IC. Concretamente se examinó si la autoeficacia de base en relación a los problemas cardiacos, podría predecir posteriores hospitalizaciones por IC en una población de 1024 pacientes ambulatorios con EC establecida, evaluando si esta relación era independiente de factores demográficos conocidos, características psicocociales

y la función basal cardiaca. Los resultados indicaron que la baja autoeficacia se asociaba con una peor función basal cardiaca y con un mayor riesgo de hospitalizaciones por IC. Esto sugiere que la autoeficacia percibida específica en este contexto, proporciona una evaluación rápida y potencialmente útil para analizar la función cardiaca en pacientes ambulatorios con EC.

En la misma línea, algunos estudios que examinan las relaciones entre factores psicológicos y adherencia al tratamiento, han asociado la autoeficacia con el seguimiento de las recomendaciones médicas y el estilo de vida en los pacientes con IC (Schwitzer, Head y Dwyer, 2007).

3.3.3.2. Afrontamiento

El impacto de la IC sobre la vida del paciente puede estar relacionado tanto con la adaptación psicológica a la enfermedad como al deterioro de la función física (Miller, Brody y Summerton, 1988).

No existe acuerdo sobre cuales son las estrategias de afrontamiento con las que se pueden conseguir objetivos saludables más eficaces. Algunos resultados, por ejemplo, llegan a indicar que el autoengaño, puede convertirse en una estrategia que favorece el aumento de la calidad de vida (Nekolaichuk, Jevne y Maguire, 1999).

Aunque no son muchos los estudios realizados, también se ha analizado la asociación del afrontamiento con la depresión en pacientes con IC (Carels, 2004;

Doering *et al.*, 2004; Klein, Turvey y Pies, 2007; Murberg, Bru y Stephens, 2002; Park, Fenster, Suresh y Bliss, 2006; Vollman, LaMontagne y Hepworth, 2007). En esta línea, el reciente metaanálisis de Allman, Berry y Nasir (2009) ha estudiado los trabajos que investigan las relaciones entre depresión y afrontamiento en pacientes con IC, viendo si ciertos tipos de afrontamiento son más comunes en pacientes depresivos con esta enfermedad. Según la revisión de estudios realizada, parece que los pacientes con IC que utilizaron afrontamiento centrado en el problema tenían menos depresión (Carels, 2004; Park *et al.*, 2006; Vollman *et al.*, 2007). Sin embargo en otros estudios no se encontró una asociación significativa entre las estrategias centradas en el problema y la depresión (Doering *et al.*, 2004; Klein *et al.*, 2007; Murberg *et al.*, 2002).

Por otra parte el estudio de Klein y colaboradores (2007) fue el único que mostró un incremento de la depresión asociado con un afrontamiento activo. Este trabajo también fue el único que examinó personas de edad avanzada, excluyendo los participantes menores de 60 años. Además, los participantes utilizaban afrontamiento centrado en la emoción más que afrontamiento centrado en el problema, siendo la aceptación, la religión y el apoyo emocional los tres estilos más utilizados. Es posible que la población de edad avanzada con IC, utilice estrategias de afrontamiento menos centradas en el problema y que las intervenciones para esta población deben ir encaminadas, precisamente, a mejorar estos estilos de afrontamiento. Además la muestra constaba de una mayoría de mujeres (52%). En investigaciones anteriores, las mujeres tendían a usar más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción para hacer frente a la

depresión (Angst *et al.*, 2002). Así podría ser que las mujeres también tienden a usar estrategias más centradas en la emoción cuando tienen que hacer frente a la IC. De la misma forma, también las intervenciones podrían ir dirigidas a la enseñanza de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, para ayudar a las mujeres a afrontar la depresión y la IC.

Siguiendo con el afrontamiento centrado en la emoción parece que una estrategia claramente desadaptativa sería la evitación, asociada con mayores niveles de depresión (Doering *et al.*, 2004; Vollman *et al.*, 2007). También ciertas conductas de afrontamiento como la distracción, los sentimientos de culpa o la negación se han asociado con una menor calidad de vida y con más depresión (Klein *et al.*, 2007).

Estos resultados son similares a otras investigaciones que han demostrado que los participantes que utilizan estrategias de afrontamiento más centrado en la emoción como la negación o el pensamiento ilusorio tienen más depresión (Burker *et al.*, 2007; Coyne, Aldwin y Lazarus, 1981). Sin embargo, otras estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la aceptación, se asociaron con menos depresión, por lo que muestran su condición más adaptativa (ver Allman *et al.*, 2009 para una revisión sobre el tema).

Un aspecto fundamental para el proceso de afrontamiento es cómo las personas en realidad perciben un estímulo o un cambio como estresante (De Ridder y Schreurs, 2001). Así un estudio realizado por Bombardier, D'Amico y Jordan (1990), mostró que las personas que evaluaron la enfermedad crónica

como la celebración de un suceso nuevo en sus vidas, adoptando estrategias centradas en el manejo de la emoción, como pensamientos ilusorios o la evitación, tuvieron un mal ajuste a la enfermedad. Un metaanálisis más reciente que evaluó el afrontamiento en pacientes con cáncer, mostró que aquellos que consideraban su enfermedad como una amenaza eran más propensos a utilizar estrategias centradas en el problema, que aquellos que no consideraban a ésta como un daño, utilizando estos últimos, estrategias de afrontamiento más desadaptativas como es el caso de la evitación (Franks y Roesch, 2006).

Por tanto parece importante en el futuro examinar cómo cada persona percibe el estrés que se asocia a los síntomas y el tratamiento de la IC, y cómo esta percepción se asocia a su vez con las estrategias de afrontamiento, así como con la depresión que aparece frecuentemente en estos enfermos (Allman *et al.*, 2009).

Finalmente, cabría señalar la relación encontrada entre síntomas depresivos en pacientes con IC y la utilización de la estrategia de afrontamiento de la evitación, junto con la presencia de menor apoyo social percibido y mayor pesimismo (Trivedi *et al.*, 2009).

3.3.3.3. Otros factores protectores

Como ya expusimos en el capítulo anterior, siguiendo a Contrada y Guyll (2001), se han localizado además de las mencionadas, otras variables protectoras ante la enfermedad. De ellas, hay que destacar el sentido de coherencia (*Sense of*

Coherence – SOC; Antonovsky, 1987) el cual ha sido relacionado con la IC. El SOC es una disposición global personal distinta de las estrategias de afrontamiento, que expresa la habilidad para manejar situaciones demandantes (Antonovsky, 1993), por ejemplo la experiencia de la fatiga o el sentimiento de incertidumbre relacionado con los síntomas que ocurre en enfermedades como la IC.

Este concepto consta de tres componentes: la capacidad del individuo para comprender lo que está sucediendo a su alrededor (comprensión), la capacidad de manejar la situación, y la capacidad de encontrar sentido a la situación (significado) (Eriksson y Lindstrom, 2003). En esta línea, el estudio de Falk, Swedberg, Gaston-Johansson y Ekman (2007) examinó la influencia del SOC en la fatiga que experimentan los pacientes con IC. Como se indicó previamente, la fatiga es un síntoma frecuente en pacientes con IC y tiene un gran impacto en sus actividades diarias. La sensación de cansancio es incapacitante y por lo tanto puede contribuir a la incertidumbre que hace que la persona pueda sentir que ha perdido el control sobre su vida, centrándose en la enfermedad y en pensamientos sobre su futuro. Investigaciones previas han mostrado que la manifestación cognitiva de la fatiga aparece con problemas en el pensamiento y falta de concentración, que conduce a dificultades en la adquisición, planificación y resolución de problemas (Cimprich, 1992; Glaus, 1998).

Pues bien, siguiendo con el estudio de Falk y colaboradores (2007), se encontró una correlación negativa entre la fatiga mental y el SOC, indicando que

la habilidad para pensar y concentrarse adecuadamente estaba afectada por el SOC. Es decir, las personas que tienen una capacidad limitada para comprender qué es lo que está sucediendo a su alrededor y para manejar la situación, o bien tienen dificultades para encontrar un sentido a la misma, podrían ser más vulnerables a padecer fatiga mental, lo que a su vez influiría en la propia enfermedad, la IC. Del mismo modo el impacto de padecer una enfermedad podría influir sobre nuestro SOC. Así un estudio longitudinal quiso responder a este reto, centrándose en los efectos de causalidad entre el SOC y la salud, en una cohorte de pacientes con enfermedad crónica, donde también se mostró la influencia de otros factores en la fuerza de dicha relación. Los resultados mostraron que el SOC parece ser un factor predictivo para la salud (ver Veenstra, Moum y Røysamb, 2005 para una revisión sobre el tema).

En esta misma línea, otros estudios han encontrado que un fuerte SOC se asocia con alta calidad de vida en personas con IC (Ekman, Fagerberg y Lundman, 2002), entre pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria o angioplastia (Kattainen *et al.*, 2006), o entre pacientes que han sobrevivido a una parada cardíaca (Motzer y Stewart, 1996).

Por todo lo dicho el SOC parece ser un elemento de influencia, necesitándose aún más investigaciones para aclarar su papel en la IC.

3.4. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos visto cómo la IC es una enfermedad crónica, grave, progresiva e incurable. Por otra parte, a pesar de los avances en los métodos de tratamiento, la incidencia y prevalencia de la IC crónica se han incrementado durante los últimos años. Es por ello importante identificar además de los factores tradicionales de riesgo médico, otros factores de pronóstico que sin embargo no incluyen los tratamientos actuales. En este trabajo hemos hecho un recorrido de los principales FR estudiados en relación a esta enfermedad, tanto médicos como psicológicos. Nos hemos centrados en esto últimos, puesto que son el objetivo de nuestra investigación, además de necesitarse aún numerosos estudios que aclaren la importancia y relación de los mismos con una enfermedad poco estudiada hasta ahora en relación a las variables psicológicas, como es la IC.

De los trabajos expuestos hasta ahora, podemos obtener una serie de conclusiones equivalentes a las que expusimos en el capítulo 2, y es que aunque no se pueda hablar de un papel definitivo de algunas variables de personalidad en la etiología u origen de la enfermedad, está suficientemente avalado que influyen en muchos procesos que a su vez participan en el mantenimiento de la salud o en una mejor recuperación. Además parece que las variables se agrupan relacionándose mutuamente, creando perfiles de personalidad, y mostrando así su influencia de cara a la enfermedad.

Sintetizando todo lo dicho hasta ahora, concretamente en la IC, influyen ya sea de forma directa o indirecta, variables de tipo cognitivo como pueden ser

ciertos recursos personales como la autoeficacia donde en numerosos estudios asocian ésta con el seguimiento de las recomendaciones médicas y el estilo de vida en estos pacientes (Schwitzer, 2007), como otras de tipo más emocional, como puede ser la depresión, la cual es más común en los pacientes con IC que en la población general (Dimos *et al.*, 2009), y además parece que predice de forma significativa un peor pronóstico en estos pacientes (Jiang *et al.*, 2004) o también la ansiedad, que tiene una alta correlación a su vez con esta enfermedad (Jiang *et al.*, 2004; Mullertasch, 2008). Otras variables como la ira y la hostilidad, también han demostrado la asociación de éstas con las enfermedades del corazón (Chida y Steptoe, 2009), pero se desconoce aún el papel concreto que ejercen en la IC.

Por otra parte estas últimas variables de tipo emocional, a su vez parecen estar influidas como ya habíamos apuntado, por otras de carácter psicosocial, como pueden ser el apoyo social, así como por el tipo de estrategias de afrontamiento que se pongan en marcha ante la enfermedad, de tal forma que el bajo apoyo social, se asocia directamente con los síntomas depresivos posteriores (Holahan *et al.*, 1995), mientras que el alto apoyo social predice más rápidamente la remisión de una depresión mayor entre pacientes hospitalizados por IC (Koenig, 1998) e indirectamente media en las estrategias de afrontamiento utilizadas para adaptarse a la enfermedad (Holahan *et al.*, 1995).

Además la depresión y el aislamiento social parecen ser factores predictores de mortalidad independientemente de los cambios demográficos, el estado clínico y la percepción del estado funcional de la IC (Friedmann *et al.*,

2006). Por otra parte, algunos estudios que han analizado los tipos de afrontamiento en la IC, han asociado el afrontamiento centrado en el problema con menor depresión (Carels, 2004; Park *et al.*, 2006; Vollman *et al.*, 2007). También el bajo apoyo social ha sido asociado con la ansiedad donde ambos se asocian de forma independiente con una mayor incidencia de IC relacionada con reingreso en el hospital (Tsuchihashi-Makaya *et al.*, 2009).

En general el bajo apoyo social parece ser un predictor importante de reingresos hospitalarios pero también de mortalidad en pacientes con IC (Luttik *et al.*, 2005).

Pero no sólo el apoyo social es importante, también otras variables de tipo psicosocial como pueden ser situaciones cotidianas de estrés, el incumplimiento del tratamiento farmacológico, no seguir la dieta o la negativa a hacer ejercicio, afectan a su vez de una forma desfavorable a la depresión, exacerbando la IC a largo plazo (Dimos *et al.*, 2009). Además la privación socioeconómica se ha asociado también con una mayor prevalencia de IC, peor clase funcional y calidad de vida, mayores tasas de ingreso y reingreso hospitalario y una menor supervivencia en pacientes con este síndrome (Blair *et al.*, 2002).

II- APROXIMACIÓN EMPÍRICA

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El *objetivo principal* que se pretende en la presente investigación es estudiar las características psicológicas de una enfermedad cardiovascular (ECV) como es la Insuficiencia Cardíaca (IC), ya que es la única patología cardíaca cuya prevalencia sigue aumentando y todo parece indicar que seguirá la misma tendencia en los próximos años, siendo calificada como la epidemia del siglo XXI (Morén, 2006). A pesar de que cada vez afecta a un mayor número de pacientes, no hay conciencia social sobre su importancia, hecho que podría explicar la escasez de estudios que relacionen las variables psicológicas con dicha enfermedad (Pelle, Gidron, Szabó y Denollet, 2008).

Para poder alcanzar el objetivo propuesto, hemos estudiado una muestra de pacientes con IC con distintos grados de severidad clínica, de acuerdo con la clasificación funcional de la *New York Heart Association* (NYHA), que evalúa la capacidad funcional del paciente en base a la valoración subjetiva que hace el médico durante la anamnesis sobre la presencia y severidad de la disnea. Por otra parte, se contempla la incidencia de distintos factores de riesgo médicos como pueden ser la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, la diabetes, entre otros, así como psicológicos, referidos a ciertas características de personalidad, como pueden ser variables personales y psicosociales.

Para determinar la relación existente entre las variables personales y psicosociales y la evolución clínica de la IC, compararemos los perfiles psicológicos de pacientes con diversos grados de severidad de la enfermedad, midiendo un conjunto de variables relevantes según los estudios de la literatura tanto en la ECV en general (Krantz y McCeney, 2002), como en la IC en particular (Pelle *et al.*, 2008).

Así pues, con este objetivo, hemos llevado a cabo una revisión de la literatura científica relevante sobre la enfermedad que estamos estudiando, la *Insuficiencia Cardíaca*, apoyándonos también, como ya hemos comentado unas líneas más arriba, tanto en la *enfermedad cardiovascular en general*, como en la *enfermedad crónica*, bien por la relevancia de dichos estudios o porque no hemos encontrado estudios concretos sobre IC. A partir de dicha revisión establecimos la **hipótesis general** en los siguientes términos: En principio las personas con IC, según la literatura, parece que presentarán menos recursos personales y psicosociales, al tiempo que manifestarán mayor malestar físico y psíquico comparadas con personas sin esta enfermedad (Ferketich y Binkle, 2005; Schwitzer *et al.*, 2007).

En última instancia, para conseguir el objetivo planteado, hemos desglosado el mismo en cuatro **objetivos parciales** que han guiado todo nuestro trabajo, derivándose de ellos las correspondientes hipótesis que expondremos seguidamente. Así **el primer objetivo** ha sido comparar personas que tenían IC con personas que no tenían esta enfermedad ni cualquier otra cardiopatía severa, en una serie de características tanto personales como psicosociales. Ambos grupos

debían ser equivalentes en edad, no presentando diferencias entre ellos ni en la media ni en el rango de edades.

A partir de este objetivo estableceremos las siguientes hipótesis:

1. Las personas con IC mostrarán menos recursos personales que las personas sin IC, como pueden ser la resiliencia, es decir, la capacidad de superar los eventos adversos, una menor autoeficacia o la estimación personal de que se es capaz de llevar a cabo una conducta específica (O'Leary, 1985), así como una mayor vulnerabilidad ante el estrés (Dimsdale, 2008).
2. Dispondrán de menos recursos psicosociales, concretamente se espera que perciban un menor apoyo social (Lett *et al.*, 2005).
3. Reaccionaran con mayores niveles de *Ira* ante ciertos acontecimientos, que las personas sin esta enfermedad (Chida y Steptoe, 2009), esperándose concretamente que haya mayores diferencias cuando la ira sea interiorizada o reprimida (Sandín *et al.*, 2008).
4. Informarán de menor bienestar subjetivo (Chida y Steptoe, 2008), así como un mayor malestar emocional, concretamente, de un estado de ánimo más depresivo, que los pacientes sin IC (Dimos *et al.*, 2009).
5. Se espera que debido a la propia incapacidad de la enfermedad, informen de un mayor número de síntomas tanto generales como de tipo cardiovascular (Hernández, 2001).

6. Si en el análisis del grupo de enfermos de IC tenemos en cuenta el sexo, sería esperable siguiendo a la literatura sobre el tema, que algunos de los aspectos mencionados en las hipótesis 1 a 5, sean más significativos en el caso de las mujeres. Nos referimos especialmente a los factores emocionales donde es esperable que éstas muestren mayor malestar (Kessler *et al.*, 1994; McGee, Johnston, Pollard y Hevey, 2000; Robins y Regier, 1991; Rueda y Pérez-García, 2006; Shumaker *et al.*, 1997; Wiklund *et al.*, 1993), más represión de la ira (Scuteri, Parsons, Chesney y Anderson, 2001), mayor sintomatología informada, así como una interpretación más compleja acerca de su percepción del apoyo social (Holahan, Moerkbak y Suzuki, 2006; Mendes de Leon *et al.*, 2001).

Un *segundo objetivo* que complementarí­a o matizarí­a todo lo expuesto hasta ahora, serí­a analizar la influencia del sexo en todas estas variables, comparando varones y mujeres, tanto aquellos que est­an enfermos de IC como aquellos que no lo est­an, o grupo control. Así­ de este segundo objetivo se desprenden las siguientes hipótesis:

7 Los varones, en contraste con las mujeres, tenderán a utilizar más los recursos personales, percibiendo una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles, es decir una mayor autoeficacia (Olivari y Barra, 2005), al tiempo que, según los resultados de los estudios de la literatura, se sentirán menos vulnerables ante el estrés debido a sus creencias sobre el sentido de valí­a personal (Matud, 2008), así como de una mayor capacidad para modificar el nivel de autocontrol para su equilibrio y adaptarse a las

situaciones, o lo que es lo mismo una mayor resiliencia (Saavedra y Villalta, 2008).

8. Los estudios que analizan las estrategias más utilizadas por varones y mujeres separadamente, tienden a informar que los varones utilizan en mayor medida las estrategias de afrontamiento de tipo activo o centradas en el problema, mientras que la mujeres recurren más a estrategias de búsqueda de apoyo en otras personas o en sus creencias religiosas (Matud, 2008). Ahora bien si comparamos las estrategias utilizadas por los hombres con las utilizadas por las mujeres, parece que hay pocos estudios en la ECV, exceptuando algún trabajo como el de Brink y colaboradores (2002) que no han encontrado diferencias. A partir de aquí esperamos por una parte, que los varones utilicen en mayor medida estrategias centradas en el problema, mientras que las mujeres harán un mayor uso de estrategias como búsqueda de apoyo en otras personas o en sus creencias religiosas. Por otra parte esperamos que no haya diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando comparemos varones y mujeres.
9. En general los estudios informan de mayores niveles de malestar emocional, es decir mayor ansiedad y más depresión, en mujeres que en varones, además de un menor bienestar subjetivo (Usall I Rodié, 2001). Así las mujeres informarán de mayor malestar emocional, así como menor bienestar subjetivo que los varones.

10. Parece que siguiendo los resultados de los estudios de la literatura, las mujeres informarán de más síntomas de todo tipo, es decir, *generales*, así como los propios de la enfermedad, *cardiovasculares*, que los varones (Falcoz *et al.*, 2006; Wiklund *et al.*, 1993).

Un *tercer objetivo* es estudiar la evolución de la enfermedad, en cuanto a la gravedad de la misma, comparando sujetos con distinto grado de Insuficiencia Cardíaca, y así poder observar diferencias entre ellos en cuanto a características psicológicas, tanto personales como psicosociales, las cuales hemos ido estudiando hasta ahora. Así estableceremos las siguientes hipótesis, cuando dispongamos de apoyo en la literatura, o preguntas de investigación, cuando no nos conste evidencia específica al respecto:

11. Las personas con mayores niveles de gravedad de IC comparadas con las de menor gravedad presentarán expectativas de competencia más bajas (Schwitzer, 2007), una menor capacidad para superar los eventos estresantes, así como una mayor vulnerabilidad ante el estrés, todo ello traducido en menores niveles de autoeficacia, resiliencia y vulnerabilidad.

12. Asimismo, podrían percibir un menor apoyo social e informar de mayor estrés u ocurrencia de acontecimientos vitales negativos.

13. Recurrirán a estrategias de afrontamiento más emocionales, de apoyo o basadas en sus creencias religiosas (pregunta de investigación), mientras

que los menos graves utilizarán estrategias de afrontamiento más centradas en el problema.

14. Además según avance la enfermedad (IC), siendo el grupo o nivel 3 el más grave de los considerados en nuestro trabajo, habrá un peor control de la ira y una mayor expresión de ésta ya sea de forma externa o interna, acompañado de mayor malestar emocional, presentando más ansiedad y depresión que los grupos menos graves de IC (Ancheta *et al.*, 2009; Majani *et al.*, 1999).
15. Al mismo tiempo informarán de padecer más síntomas tanto generales, como específicamente cardiovasculares (DeJong, Moser y Chung, 2005).

Por último, nuestro **cuarto objetivo** pretende estudiar el bienestar subjetivo o la calidad de vida de estas personas, intentando analizar qué variables pueden explicar el mismo, de tal forma que podamos intervenir sobre estas características psicológicas, para lograr el máximo bienestar posible, lo cual a su vez mejorará la salud en general, reduciendo las consecuencias desadaptativas de la enfermedad en la medida de lo posible. Para conseguir dicho objetivo hemos establecido las siguientes hipótesis:

Así, con respecto a la consideración *global* de la muestra:

16. Una alta percepción de autoeficacia o estimación personal de que se es capaz de llevar a cabo una conducta específica (Singh y Mansi, 2009), una mayor capacidad para superar los eventos estresantes, al mismo tiempo

que sentirse poco vulnerable (Fava y Tomba, 2009; Joeke, Van Elderen y Schreurs, 2007), favorecerán un mayor bienestar psicológico, es decir, una mayor satisfacción con la vida, y una adecuada afectividad.

17. Un mayor control de la ira, no interiorizándola o suprimiéndola (Begley, 2006; Phillips, Henry, Hosie y Milne, 2006), redundará en un estado de ánimo positivo, así como en una mayor satisfacción con la vida, lo que favorecerá el bienestar psicológico.
18. El afrontamiento de las situaciones de forma activa y directa, influirá de forma positiva en el bienestar psicológico (Park y Adler, 2003).
19. Percibir que el apoyo social que uno recibe es adecuado, favorecerá un mayor bienestar psicológico, es decir, una mayor satisfacción con la vida, y un adecuado equilibrio entre la afectividad positiva y negativa (Pérez-García, Ruiz, Sanjuán y Rueda, 2010).

En cuanto al papel del *sexo*:

20. Los varones con IC podrían informar de mayor bienestar subjetivo que las mujeres con IC (Falcoz *et al.*, 2006).
21. Según los estudios de la literatura, la percepción de bienestar en el caso de las mujeres parece más compleja, necesitando éstas no sólo disponer de recursos personales como en el caso de los varones, sino también percibir que controlan adecuadamente sus emociones, como pueden ser los sentimientos de ira, además de la necesidad de sentir un fuerte apoyo emocional (Maureen, Friedman y Kathleen, 2007).

Y, finalmente, con respecto a la consideración del *grupo* IC frente al control:

22. El grupo clínico o con IC, informará de mayor bienestar cuando los síntomas de depresión sean menores, y además utilice estrategias de afrontamiento centradas en la situación o problema para hacer frente a la enfermedad (Allman *et al.*, 2009; Carels, 2004; Doering *et al.*, 2004; Park *et al.*, 2006; Trivedi *et al.*, 2009; Vollman *et al.*, 2007).

2. MÉTODO

A continuación vamos a explicar todos los aspectos metodológicos de la investigación, enumerando los criterios de inclusión y exclusión y describiendo las características de los participantes. Así detallaremos las medidas que hemos recogido referentes tanto a datos sociodemográficos, como a características psicosociales, además de otras referentes a criterios de bienestar psicológico relacionados con la enfermedad y/o la prevención o mejor adaptación y recuperación ante la misma. Por otra parte, haremos un recorrido de las diferentes pruebas psicológicas que hemos utilizado para medir las variables mencionadas anteriormente. Por último nos centraremos en el procedimiento en sí, que hizo posible la presente investigación.

2.1. PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida por 120 personas con una media de edad de 67,77 años ($Dt = 11,55$) y con un rango entre 40 y 89 años. De los 120 participantes, 60 eran pacientes diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca (IC) con distinto grado de severidad clínica. La muestra control estaba formada por 60 participantes que no tenían IC ni cualquier otra cardiopatía severa. De ellos, 48 eran mayores que participaban en diversos talleres de los servicios sociales de la junta municipal de Moncloa y, los 12 restantes, eran adultos entre 40 y 59 años. Ambos grupos (clínico y control) eran equivalentes en edad no habiendo diferencias entre ellos ni en la media [IC = 67,3 ($Dt = 10,99$); Control = 68,23 ($Dt = 12,15$)] ni en el rango de edades (IC = 40-85; Control = 40-89).

En la Tabla 1 se recogen los principales datos sociodemográficos para la muestra total y diferenciando entre varones (N = 56) y mujeres (N = 64). Considerando la muestra global, un porcentaje elevado estaba casado o vivía en pareja, concretamente el 60,8%. Aproximadamente la mitad se encontraba jubilada (49,2%) y del 50,8% restante en edad laboral activa, sólo trabajaba el 19,2%. Respecto al nivel de estudios, algo más de la mitad de la muestra (57,5%) tenía estudios básicos o primarios, y el resto de la muestra se repartía entre estudios secundarios (19,2%) y universitarios (23,3%).

En cuanto a las diferencias por sexo, no son destacables en el caso de la edad, aunque sí parece que hay más hombres casados (63%) y más mujeres viudas (90,6%). También hay más mujeres con estudios primarios (68,1%) y más hombres con estudios superiores (88,9%); así como más hombres en situación laboral activa (78,3%). Un análisis estadístico de estas diferencias se aportará en el apartado de resultados.

VARIABLES	Total ¹	Hombres ²	Mujeres ²
<i>Edad</i> [Media (DT)]	67,77 (11,55)	67,21 (13,11)	68,33 (8,62)
<i>Sexo</i> [n(%)]	120	56 (46,7)	64 (53,3)
<i>Estado civil</i> [n(%)]			
Solteros	5 (4,2)	2 (40)	3 (60)
Casados o con pareja	73 (60,8)	46 (63)	27 (37)
Separados	10 (8,3)	5 (50)	5 (50)
Viudos	12 (26,7)	3 (9,4)	29 (90,6)
<i>Nivel de estudios</i> [n(%)]			
Primarios	69 (57,5)	22 (31,9)	47 (68,1)
Secundarios	23 (19,2)	13 (56,5)	10 (43,5)
Universitarios	28 (23,3)	21 (75)	7 (25)
<i>Trabajo</i> [n(%)]			
Empleados	23 (19,2)	18 (78,3)	5 (21,7)
No empleados	38 (31,7)	4 (10,5)	34 (89,5)
Jubilados	59 (49,2)	34 (57,6)	25 (42,4)

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes

¹ Porcentajes dentro de la muestra total; ² Porcentajes contrastando hombres y mujeres

Los *criterios de inclusión* para el grupo clínico con IC fueron los siguientes:

1) Pacientes diagnosticados de IC en cualquiera de sus formas clínicas a partir de la clasificación de la *New York Heart Association* (NYHA). Este sistema evalúa la capacidad funcional del paciente en base a la valoración que hace el médico durante la anamnesis sobre la presencia y severidad de la disnea. Tiene un

importante valor pronóstico, y se utiliza como criterio decisivo en la elección de determinadas intervenciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas o con dispositivos implantables. La evaluación periódica de la clase funcional permite seguir la evolución clínica del paciente y la respuesta al tratamiento. En el presente trabajo, se tomaron las clases funcionales I a III, porque en estos niveles los pacientes son tratados, casi en su totalidad, de forma ambulatoria. Se descartaron los diagnosticados de clase funcional IV que se encontraban en su mayoría ingresados en el hospital. Aunque se comentó en un capítulo previo, se recuerdan las características de las tres clases funcionales consideradas:

- *Clase funcional I:* Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.
- *Clase funcional II:* El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.
- *Clase funcional III:* La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, estando notablemente limitado por la disnea.

2) Tener un nivel cultural que les permitiera entender el cuestionario y responder a él sin dificultades.

3) No tener un diagnóstico psiquiátrico establecido con su correspondiente medicación.

- 4) Aceptar voluntariamente la participación en el estudio, mediante la firma de un consentimiento informado en el que se explicaba la naturaleza de la investigación (ver Anexo 13)
- 5) Tener una edad inferior a los 90 años.

De la misma forma, los criterios para la inclusión de los participantes en el grupo control fueron idénticos a los de la muestra clínica en lo que se refiere al nivel cultural (2), ausencia de diagnóstico psiquiátrico (3), aceptación voluntaria de la participación (4) y ser menor de 90 años (5), únicamente cambiaba que estos sujetos no debían padecer cardiopatía isquémica.

En la Tabla 2 se recogen datos clínicos sobre los participantes. Como puede verse, el 55% del grupo control informa no tener ninguna enfermedad crónica, aunque algunos señalan que toman medicación para controlar el colesterol, dolores musculares, o que han superado enfermedades en el pasado (como distintos cánceres). El resto se reparte, casi en su totalidad, entre problemas de artrosis (23,3%) y problemas con la tensión arterial (18,3%) que, indican, controlan mediante la toma de medicación y el seguimiento de una dieta adecuada. Por su parte, el grupo con IC, cuyas características clínicas se describirán con más detenimiento en el apartado de resultados, se reparte entre los niveles I y III, con un 30% en cada caso, mientras que en el nivel II el porcentaje es algo superior (40%).

Enfermedades crónicas	Total
<hr/>	
<i>Grupo Control</i> [n (%)]	60
<hr/>	
Ninguna	33 (55)
Artrosis	14 (23,3)
Tensión arterial	11 (18,3)
Otras	2 (3,3)
<hr/>	
<i>Grupo IC – NYHA</i> [n (%)]	60
<hr/>	
Clase funcional 1	18 (30)
Clase funcional 2	24 (40)
Clase funcional 3	18 (30)
<hr/>	

Tabla 2. Datos clínicos de los participantes

En promedio, la fracción de eyección (la medida más importante del funcionamiento cardiaco) en el grupo con IC fue de 35,98% (Dt = 11,19) lo que indica un nivel de insuficiencia moderado. Los datos disponibles en las fichas médicas indicaban que el 61,7% de los pacientes había sido sometido a algún tipo de cirugía cardiovascular, así como que la prevalencia de la diabetes era del 31,7% y de la hipertensión, del 25%. Finalmente, si bien el 80% de los participantes con IC había estado hospitalizado en alguna ocasión, todos eran

pacientes externos o ambulatorios en el momento de realizar la presente investigación.

2.2. MEDIDAS E INSTRUMENTOS

En primer lugar se recogieron datos sociodemográficos de la edad y el sexo, así como del estado civil, nivel de estudios, situación laboral y profesión. Dentro de ésta la mayoría eran amas de casa (24%) repartiéndose el resto de profesiones en otras de distinta índole, como pueden ser administrativos, camareros, funcionarios, entre otros.

En segundo lugar se obtuvieron datos de variables psicosociales así como otros referentes a criterios de bienestar psicológico relacionados con la enfermedad y/o la prevención o mejor adaptación y recuperación ante la misma. Así se registraron por una parte recursos personales tales como resiliencia, vulnerabilidad psicológica y autoeficacia, recursos psicosociales como el apoyo social percibido, la expresión de la ira tanto interna como exteriorizada, así como el control de la misma, los sucesos vitales, personales y familiares, además de laborales y económicos, ocurridos los 2 años inmediatamente anteriores, y distintas estrategias de afrontamiento. Por otra parte, quisimos conocer el bienestar subjetivo de la persona a través de la medida de la satisfacción vital y del afecto positivo y negativo, incluyendo también el malestar emocional medido por la presencia de ansiedad y/o depresión. Por último recogimos datos acerca de 34 síntomas de tipo general como falta de apetito, artrosis, pesadillas, excitación,

cansancio, entre otros, así como 13 síntomas de tipo cardiovascular, como pueden ser arritmias, palpitaciones, dolores de cabeza, etc.

Así, se aplicaron pruebas psicológicas que se utilizaron para medir las distintas variables mencionadas anteriormente, cuya fiabilidad para la presente muestra se presentará en el apartado de resultados. Los ítems y la forma de corrección de cada una de ellas pueden consultarse en los anexos indicados (I a XII). Además puede hacerse una revisión de estas medidas en los estudios de factores psicológicos de Pérez-García (1999) y Pérez-García y Sanjuán (2003).

Escala de Resiliencia (ER89 – *Ego-Resiliency Scale*) (Block y Kremen, 1996): consta de 14 ítems que se responden en escalas de 6 puntos (0 = no me describe en absoluto; 5 = me describe totalmente). La auto-resiliencia se refiere a la capacidad de un individuo de modificar su nivel característico de auto-control, en cualquier dirección, en función de las demandas del entorno, para mantener o aumentar su equilibrio y adaptación a las situaciones (Ver Anexo 1).

Los autores elaboraron esta escala partiendo de que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva (Block y Kremen, 1996). Se espera que una persona ego-resiliente tenga recursos y se adapte cuando se enfrenta a nuevas situaciones; sea competente en el manejo de sus relaciones interpersonales y capaz de usar adecuadamente las emociones en situaciones de alta demanda. Esta variable se define operativamente a través de la Escala Ego-Resiliencia.

Escala de Vulnerabilidad Psicológica (*Psychological Vulnerability Scale*, Sinclair y Wallston, 1999; adaptación española de Rueda, Pérez-García, Sanjuán y Ruiz, 2007): consta de 6 ítems dirigidos a medir cogniciones que promueven reacciones negativas ante el estrés. Estas creencias cognitivas reflejan una dependencia del logro y de fuentes externas de afirmación del sentido de valía personal, fuertes estándares de rendimiento y atribuciones negativas del éxito. Los ítems se puntúan en escalas de 6 puntos, indicando las altas puntuaciones una mayor vulnerabilidad (Ver Anexo 2).

Esta escala se ha utilizado fundamentalmente en pacientes con enfermedades crónicas, como artritis reumatoide (Sinclair y Wallston, 1999, 2001), esclerosis múltiple (Kneebone, Dunmore y Evans, 2003) o dolor crónico (Selbie *et al.*, 2004); y en población general no-clínica (Rueda *et al.*, 2007; Selbie *et al.*, 2004). En todos los estudios que han utilizado la escala, los datos sobre su consistencia interna y estabilidad temporal muestran que se trata de un instrumento adecuado para su utilización con fines investigadores. Muestra una consistencia interna (alfa de Cronbach) entre 0,71 y 0,86 y se han obtenido correlaciones test-retest iguales o superiores a 0,70 (Rueda *et al.*, 2007; Sinclair y Wallston, 1999). Los análisis factoriales realizadas con la escala muestran su estructura unifactorial, con todos los ítems presentando pesos en el factor por encima de 0,30.

La vulnerabilidad psicológica se ha relacionado positivamente con afecto negativo, informe de síntomas depresivos, o bajo apoyo social (tanto en términos de disponibilidad como de satisfacción con el mismo), y negativamente con afecto

positivo, satisfacción vital, bienestar psicológico, o competencia percibida (Kneebone *et al.*, 2003; Selbie *et al.*, 2004; Sinclair y Wallston, 1999, 2001). Puede, por tanto, sugerirse que la EVP refleja un patrón de creencias que parece contribuir a la utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas, así como a una disminución en el bienestar físico y psicológico.

Escala de Autoeficacia Generalizada (Baessler y Schwarzer, 1996; Schwarzer, 1993): se compone de 10 ítems, dirigidos a medir la expectativa que se tiene acerca de la capacidad para afrontar adecuadamente cualquier situación problemática. El formato de respuesta oscila entre 0 (no me describe en absoluto) y 5 (me describe totalmente). Una puntuación alta indica una mayor percepción de autoeficacia general (Ver Anexo 3).

Generalmente, cuando se habla de autoeficacia, se hace en un sentido concreto, es decir, se hace referencia a la eficacia percibida en una situación específica, ya sea aprobar un examen de matemáticas, saber estar en una reunión social o mejorar de un problema concreto de salud. Sin embargo, algunos autores consideran la autoeficacia en un sentido amplio, entendiendo esta autoeficacia general, como un constructo *global* que hace referencia a la creencia *estable* que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. Dentro de esta última línea, la Escala de Autoeficacia General evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes (Sanjuán *et al.*, 2000).

En los distintos estudios realizados, con muestras de distintas nacionalidades (alemanes, costarricenses, etc.), la escala ha mostrado una consistencia interna considerable (entre 0,79 y 0,93). También ha sido aplicada a una muestra de 259 estudiantes universitarios españoles, obteniéndose una consistencia interna (α) de 0,87 y una correlación entre dos mitades de 0,88. Por otra parte en el estudio de Sanjuán y colaboradores (2000), la escala correlacionaba con otras medidas centradas en el análisis de la percepción de control o de recursos para solucionar la tarea, mostrando una considerable capacidad predictiva, por lo que puede ser aplicada con suficiente garantía en estudios sobre rendimiento, salud y procesos emocionales.

Escala de Apoyo Social percibido: se midió el aspecto más cualitativo del apoyo, es decir, la satisfacción con el mismo. Se registró con la subescala de apoyo social del Cuestionario de Calidad de vida (Ruiz y Baca, 1993) formada por nueve ítems, referidos básicamente al tipo de relaciones establecidas con la familia y amigos, así como el nivel de ayuda y apoyo social percibido. Los ítems se evalúan con una escala de intensidad de tipo Likert de 5 puntos (donde 1 = Nada y 5 = Mucho) (Ver Anexo 4).

El Cuestionario de Calidad de Vida se desarrolló con el objetivo de disponer de un cuestionario genérico, breve y fácil para valorar la calidad de vida percibida de la población española. Las propiedades del instrumento son buenas, siendo altamente recomendable su utilización en estudios de ámbito español (Badía *et al.*, 1996).

Escala de Expresión de la Ira (Spielberger, Jacobs, Rusell y Crane, 1983; versión española Miguel Tobal, Casado, Cano y Spielberg, 2001): forma parte del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado (STAXI-2). Evalúa la forma en que, una vez que el individuo se enfada, expresa dicha ira o irritación. Se compone de 24 ítems, con un formato de respuesta de 4 puntos de intensidad (1 = Casi nunca; 2 = Algunas veces; 3 = A menudo; 4 = Casi siempre). Permite obtener tres puntuaciones: ira-hacia fuera o *ira-out* (tendencia a expresar la ira hacia individuos u objetos a través de una conducta agresiva física o verbal); ira hacia dentro o *ira-in* (tendencia a suprimir los sentimientos de ira y enfado), y control de la ira (tendencia a reducir adecuadamente los sentimientos de enfado e irritación) (Ver Anexo 5).

Escala de Acontecimientos Vitales: se utilizó la escala de Bermúdez, Sánchez-Elvira, Pérez-García y Oíz (1991) con sucesos seleccionados de pruebas clásicas como la de Holmes y Rahe (1967) o Sarason, Johnson y Siegel (1978). Incluye 38 eventos agrupados en dos bloques: aspectos personales y/o familiares (17 sucesos) y aspectos económicos y/o laborales (21 sucesos). El sujeto debe indicar si, en un periodo determinado (2 años), le ha ocurrido alguno de los sucesos (Ver Anexo 6).

Escala de Afrontamiento: se utilizó la Escala Abreviada de Afrontamiento (*Brief COPE*, Carver, 1997) basada en el inventario COPE (Carver *et al.*, 1989). Algunas traducciones de los ítems se han tomado de la adaptación española del COPE de Crespo y Cruzado (1997).

El *Brief COPE*, Consta de 28 ítems distribuidos en 14 escalas de dos ítems cada una, dirigidas a evaluar distintas estrategias de afrontamiento. El formato de respuesta es de 4 puntos, indicando el grado en que habitualmente se utiliza cada estrategia a la hora de hacer frente a los problemas o situaciones difíciles, significando el 0 un total desacuerdo con el enunciado, y el 3 un total acuerdo con el uso de la estrategia mencionada (Ver Anexo 7).

Las propiedades psicométricas muestran índices aceptables de consistencia interna y de fiabilidad test-retest. El análisis factorial permite obtener 14 factores de primer orden y 6 de segundo orden. Los factores de primer orden son: 1) afrontamiento activo, 2) planificación, 3) reinterpretación positiva, 4) aceptación, 5) humor, 6) religión, 7) búsqueda de apoyo emocional, 8) búsqueda de apoyo instrumental, 9) actividades distractoras y evasivas, 10) negación, 11) centrarse en las emociones y desahogarse, 12) consumo de alcohol o drogas, 13) abandono del esfuerzo de afrontamiento, y 14) autculpa (Carver, 1997). Algunos autores han informado de factores de segundo orden que se corresponden con cinco modos básicos de afrontamiento: conductual, cognitivo, emocional, escape cognitivo y conductual, más un sexto factor claramente diferenciado que es el consumo de alcohol o drogas (Krzemien, Urquijo y Monchietti, 2004).

Cuestionario de satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; versión española de Cabañero, Richart, Cabrero, Reig y Tosal, 2004): incluye 5 ítems sobre la satisfacción con la propia vida, medida con un formato de

respuesta de 6 puntos siendo el 0, nada de acuerdo y el 5 totalmente de acuerdo (Ver Anexo 8).

Esta escala se refiere al componente cognitivo del bienestar subjetivo, donde se valora de una forma global lo que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas (Cabañero *et al.*, 2004).

Es una escala multi-ítem creada para superar anteriores instrumentos que constaban de un único ítem, o que eran sólo apropiados para poblaciones de la tercera edad, o incluían otros factores además de la satisfacción con la vida. Dicho instrumento ha mostrado buenas propiedades psicométricas: alfa de Cronbach de 0,87, correlación test-retest de 0,82 a los dos meses y correlaciones ítem-test entre 0,57 y 0,75. El análisis factorial extrajo un único factor que explicaba el 66% de la varianza (Cabañero *et al.*, 2004).

Estudios posteriores han mostrado propiedades similares en diferentes poblaciones: estudiantes universitarios (Kafka y Kozma, 2002), personas de la tercera edad (Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2000), adolescentes (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000), reclusos y religiosas (Atienza *et al.*, 2000), adultos jóvenes (Arrindell, Heesink y Feij, 1999) y mujeres y varones adultos (Baerger y McAdams, 1999).

Aunque las investigaciones sobre este concepto se han desarrollado básicamente en el ámbito de la psicología, su medición también ha sido frecuente en el campo de la medicina. Aquí la satisfacción vital se ha utilizado como un

indicador global de calidad de vida relacionada con la salud, lo que algunos autores han llamado «*Overall Quality of Life*» (Wilson y Cleary, 1995). Resumiría el impacto de los problemas de salud sobre la vida de las personas (Bergner, 1989; Testa y Simonson, 1996). Así, por ejemplo, la escala de Diener y colaboradores (1985) ha sido utilizada para valorar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con fallo renal sometidas a hemodiálisis (Kimmel *et al.*, 1995a; 1995b).

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS – Positive and Negative Affect Schedule; Watson, Clark y Tellegen, 1988; versión española de Sandín *et al.*, 1999): comprende dos escalas, de 10 ítems cada una, dirigidas a medir las dimensiones primarias del estado de ánimo, es decir, el afecto positivo y el afecto negativo. Las instrucciones piden a los participantes que indiquen cómo se sienten generalmente utilizando escalas de 5 puntos (desde 1 = nada o casi nunca; hasta 5 = muchísimo) (Ver Anexo 9).

Uno de los principales objetivos que guiaron a los autores en la construcción del PANAS fue la obtención de descriptores lo más puros posibles del afecto, marcadores bien del afecto positivo o bien del negativo, partiendo de la base de los estudios previos presentados por Zevon y Tellegen (1982) y Watson y Tellegen (1985), entre otros. Los autores aislaron finalmente 10 marcadores del afecto positivo y 10 para el afecto negativo, los cuales constituyen los 20 ítems de la actual versión del PANAS. Así pues, mediante el PANAS puede obtenerse una puntuación en afectividad positiva (subescala AP) y otra en afectividad negativa (subescala AN).

Ambos factores (afecto positivo y afecto negativo) no representan dimensiones con alta correlación negativa entre sí (como su denominación podría indicar), sino que constituyen dos dimensiones independientes del afecto y por tanto no correlacionadas. El afecto positivo (AP) refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. El afecto negativo (AN) representa una dimensión general de distrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo (Sandín *et al.*, 1999).

Los datos psicométricos presentados por Watson y colaboradores (1988) sugieren que ambas subescalas del PANAS poseen niveles adecuados de fiabilidad y validez (factorial, convergente y discriminante), manteniéndose las propiedades psicométricas aun cuando se modifiquen las instrucciones temporales de aplicación (p.ej., estado versus rasgo). Algunas investigaciones recientes, centradas en el modelo tripartito sobre la ansiedad y la depresión, han demostrado la utilidad del PANAS en el campo de la psicopatología (Joiner, Catanzaro y Laurent, 1996a; Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín y Blalock, 1996b; Watson *et al.*, 1995a,b).

Escala de Ansiedad y Depresión (HAD – *Hospital Anxiety and Depression Scale*; Zigmond y Snaith, 1983): Consta de dos subescalas, de 7 ítems cada una, que miden ansiedad y depresión, respectivamente. Las respuestas se puntúan en escalas de 4 puntos, indicando las altas puntuaciones mayores niveles de ansiedad,

depresión, o considerados conjuntamente, malestar emocional o estado de ánimo negativo (Ver Anexo 10).

Fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de *screening* para la detección de pacientes con trastornos afectivos en respuesta ante los importantes inconvenientes que instrumentos ampliamente utilizados como el GHQ (*General Health Questionnaire*) (Goldberg y Huxley, 1980; Goldberg y Williams, 1988) presentaban, sobre todo cuando debían ser utilizados en pacientes afectados de trastornos somáticos. Para evitar las posibles altas puntuaciones engañosas que implica la evaluación de síntomas somáticos cuyo origen se presume psicógeno, Zigmond y Snaith (1983), al desarrollar la escala HAD, no incluyeron ningún ítem que hiciera referencia a funciones físicas o síntomas somáticos. Además, a diferencia de otras escalas, este instrumento posee escalas derivadas de la experiencia clínica más que del análisis factorial (Ryde-Brandt, 1990).

Los ítems pertenecientes a la escala de depresión se refieren casi exclusivamente al estado anhedónico (5 de los 7 ítems componentes reflejan una incapacidad para experimentar placer), que se considera el rasgo central de la enfermedad depresiva y el mejor marcador clínico e indicador de mecanismos neurobiológicos alterados en la misma, pretendiendo la detección de trastornos del humor relativamente leves, como son aquellos que se presentan en ámbitos de asistencia no psiquiátrica. El paciente que cumplimenta el instrumento debe referir cómo se siente en el momento presente incluyendo los días previos. Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indicativas de morbilidad. Una

puntuación de 8-10 se interpreta como caso borderline o fronterizo, y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad significativa (Ryde-Brandt, 1990).

A pesar de la palabra “hospital” que figura en su denominación de origen, la escala HAD puede también ser utilizada en el trabajo comunitario, ya que es bien aceptada y fácil de cumplimentar, y suministra una clara distinción entre los dos conceptos de ansiedad y depresión. El HAD ha sido traducido a la mayoría de las lenguas europeas, y a otras como el árabe, el israelí, el japonés o el chino (Snaith, 1992), y ha demostrado ser altamente fiable y válida en numerosos estudios (Moorey *et al.*, 1991).

La prueba HAD ha sido comparada con escalas de valoración clínica (Aylard, Gooding y Nickura, 1987; Zigmond y Snaith, 1983), con entrevistas estandarizadas (Barzac *et al.*, 1988) e instrumentos de *screening* como el GHQ y en todos estos estudios el instrumento ha demostrado una buena especificidad y sensibilidad en la detección de ansiedad y depresión en el paciente físicamente enfermo (De las Cuevas, García-Estrada y González, 1995).

Medida de Síntomas informados padecidos en la actualidad o en los últimos meses (Bermúdez *et al.*, 1990). Por una parte, se consideraron los síntomas de todo tipo (musculares, relacionados con el sueño, tensión, gastrointestinales) hasta un total de 34 (ver Anexo 11) y por otra parte, 13 ítems específicamente cardiovasculares (ver Anexo 12), más vinculados con la muestra clínica analizada.

2.3. PROCEDIMIENTO

El estudio comenzó con una evaluación de las variables de interés, estimándose un periodo de inclusión de 10 meses, desde el 1 de octubre de 2008 al 1 de agosto de 2009. Para poder realizar el estudio pudimos contar para el grupo clínico, con la colaboración del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos, concretamente de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca. El proyecto de investigación fue previamente evaluado por el comité de ética de dicho hospital, siendo su realización autorizada y aprobada (ver Anexo 14).

Los pacientes acudían a consulta para su revisión semestral del estado de su IC, teniendo la mayoría una antigüedad en su enfermedad entre 5 y 10 años. Ese día los pacientes eran valorados de su actual estado a partir de la clasificación NYHA, estableciendo así el médico la clase funcional que presentaba el enfermo, al mismo tiempo que solicitaba las pruebas complementarias en los casos necesarios, tales como analítica o electrocardiograma, entre otras. Una vez que el paciente era valorado desde el punto de vista médico y tras comprobar que cumplía con los requisitos del estudio, se les daba información por escrito referente al objetivo de las pruebas que iban a realizar, de la confidencialidad de sus datos así como del carácter voluntario de su participación. Si aceptaban colaborar, firmaban un consentimiento para la utilización de los datos con fines de investigación. A continuación se le hacía entrega de la batería de pruebas psicológicas que rellenaba en su domicilio, junto con un sobre con la dirección ya

impresa (Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la UNED), debidamente franqueado, para que una vez cumplimentada, introdujese los cuestionarios en el sobre y lo depositara en cualquier buzón de correos. No obstante, proporcionábamos a los pacientes un teléfono de contacto para realizar las consultas que estimasen oportunas sobre las pruebas aplicadas o cualquier tema que quisieran comentar sobre la investigación.

Planificamos previamente con el médico adjunto una entrega de 100 cuestionarios a pacientes que cumplieran los requisitos de inclusión previamente mencionados, con el fin de respetar los distintos protocolos de investigación que se estaban llevando a cabo en el Servicio de Cardiología en el que trabajábamos.

De los 100 cuestionarios entregados a pacientes que habían firmado su consentimiento para participar en la investigación, recibimos en el plazo marcado (15 días desde su visita al Servicio) un total de 68, aunque se descartaron 8 por no estar correctamente cumplimentados, o por falta de datos. Los 32 restantes no nos fueron devueltos. Asimismo, hubo 5 pacientes, además de los 100 anteriores, que cumplían los requisitos pero no quisieron colaborar en la investigación. Se comprobó que no había diferencias ni en edad ni en la distribución de los niveles de 1 a 3 en IC entre los 68 pacientes que devolvieron el cuestionario, los 32 que no lo hicieron, y los 5 que declinaron participar en la investigación.

Respecto al grupo control, pudimos contar con la colaboración de la junta municipal de Moncloa, e igualmente tuvimos que pasar por la aprobación y autorización del proyecto que íbamos a realizar (ver Anexo 15). Una vez pasado dicho trámite acudimos a los servicios sociales del distrito, informando de la misma forma que al grupo clínico de todo el carácter de la investigación, para lo cual participaron voluntariamente un grupo de mayores que rellenaron igualmente las pruebas psicológicas en su domicilio, siendo todo el proceso equivalente al grupo clínico.

Los pacientes mayores tuvieron que contestar algunas cuestiones en una hoja adicional que especificaban las posibles enfermedades que pudieran tener u otros datos clínicos de interés para la investigación. También como en el grupo clínico, fueron entregados el número de cuestionarios que nos permitió la junta municipal, concretamente 60 cuestionarios. En este caso todos quisieron participar y también la mayoría, 50 cuestionarios, fueron enviados. Se descartaron 2 cuestionarios por no estar debidamente cumplimentados. También comparamos las 10 personas que no enviaron los cuestionarios con las 50 personas que sí lo enviaron y tampoco se encontraron diferencias en cuanto a edad o posibles enfermedades.

El resto de participantes del grupo control, fueron adultos pertenecientes a diferentes ámbitos y que quisieron formar parte de nuestro estudio de forma voluntaria con una edad comparable a la de algunos pacientes más jóvenes con IC.

Para la selección de la muestra y la entrega de cuestionarios utilizamos el procedimiento bola de nieve, ofreciéndoles la información y cuestionarios de idéntica forma a los grupos anteriores. Igual que los mayores todos participaron y además fueron enviados los 12 cuestionarios que entregamos, estando todos ellos perfectamente cumplimentados.

3. RESULTADOS

La presentación de los resultados se va a estructurar en torno a cinco grandes apartados. En primer lugar, se describirán las distintas pruebas estadísticas utilizadas y con qué objetivo se aplicó cada una de ellas. En segundo lugar, se llevarán a cabo una serie de análisis previos encaminados a estudiar las características de la muestra utilizada en la investigación, comprobar la fiabilidad de las pruebas, así como reducir, a partir de criterios estadísticos y teóricos, las variables dependientes consideradas, especialmente en lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento y al índice de bienestar subjetivo.

Los siguientes tres bloques comprenderán los análisis realmente dirigidos a comprobar los objetivos e hipótesis de este trabajo de investigación. Primero, se analizarán las diferencias entre los participantes del grupo control sin cardiopatías y el grupo con Insuficiencia Cardíaca (IC), considerando también el sexo, como otro factor entre-sujetos. Segundo, se estudiará en profundidad el grupo con IC, a partir de los tres niveles de gravedad considerados. Finalmente, en el último epígrafe, intentaremos hacer una consideración conjunta de los datos analizando cuáles son los factores psicológicos y los más psicosociales (apoyo, estrés) que contribuyen significativamente a la predicción del bienestar psicológico en la muestra total y en los distintos grupos en función del sexo y/o la presencia de una enfermedad cardiovascular crónica especialmente discapacitante como es la IC.

3.1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS

Para analizar las características de la muestra en cuanto a estado civil, estudios realizados o estatus laboral, se utilizó la prueba de Chi cuadrado (χ^2), y para analizar las diferencias en edad entre varones y mujeres se utilizó un análisis de varianza de un factor. La fiabilidad de las pruebas fue obtenida a partir del coeficiente alpha de Cronbach (α). La reducción de escalas de afrontamiento se hizo a partir de un análisis factorial de componentes principales y rotación Varimax aplicado a las escalas iniciales del cuestionario COPE abreviado.

Para comprobar las diferencias en función del sexo y del grupo, así como para analizar los niveles de IC se utilizó el programa del Modelo Lineal General del SPSS. En todos los casos en que se tomaron sólo factores entre-sujetos, los análisis fueron univariantes, dado que para aplicar el diseño multivariante debía haber correlaciones bajas o moderadas entre las variables introducidas y esto no se producía en todos los casos. No obstante, como conceptualmente las variables podían agruparse en categorías (recursos personales, psicosociales, salud psicológica, síntomas, expresión de la ira o estrategias de afrontamiento), aunque se optó por hacer los análisis univariantes, los datos se expondrán en función de las mismas para una mayor claridad en su presentación. Por otra parte, en el caso de la forma de expresión de la ira y de los tipos de estrategias de afrontamiento utilizados, se hallaron los valores medios de cada una de las variables con el fin de

convertir cada conjunto (ira, por un lado, y afrontamiento, por otro) en un factor intra-sujetos o de medidas repetidas.

De esta forma, los resultados dirigidos a estudiar las diferencias en función del sexo y del grupo (apartado 3.3.) se obtuvieron a partir de análisis de varianza univariantes de dos factores entre-sujetos con dos niveles cada uno, mujeres y varones, y grupos control e IC, respectivamente. Se comprobó mediante la prueba de Levene el cumplimiento del supuesto de homogeneidad, es decir, que la varianza error de la variable dependiente analizada en cada caso fuera igual a lo largo de todos los grupos (ver Anexo 16). Los análisis más pormenorizados cuando las interacciones entre ambos factores fueron significativas se hicieron mediante análisis de varianza de un factor.

En el caso de la ira y el afrontamiento, se hicieron análisis de varianza mixtos con los dos factores entre-sujetos mencionados (sexo y grupo) y un tercer factor de medidas repetidas. En un caso, este factor se trataba de las tres formas de expresión de la ira, y en el otro, los cinco tipos de afrontamiento considerados. En este caso, además del contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error, se consideró la prueba de Box sobre la igualdad de las matrices de covarianza observadas en las variables dependientes. En ambos casos, se contrastó la hipótesis nula de que dichas matrices eran iguales u homogéneas en todos los grupos [Ira: $F_{(18/12946,86)} = ,973$, $p = ,488$; Afrontamiento: $F_{(45/9977,91)} = ,687$, $p = ,946$]. Por otro lado, como suele ser habitual, la prueba de esfericidad de Mauchly

resultó significativa en ambos casos, por lo que se tomaron los resultados multivariados aportados por la Lambda (λ) de Wilks para el factor repetido, y las interacciones del factor repetido con el sexo, el grupo, o la triple interacción. El resto de análisis más pormenorizados se realizó siguiendo la misma metodología (análisis de varianza de un factor o de dos, entre-sujetos, o uno entre y uno intra-sujetos, según el caso).

Para analizar los niveles de gravedad de la IC (apartado 3.4.) se procedió mediante la aplicación de análisis de varianza de un factor para cada variable dependiente. Las pruebas de Levene de estos análisis están recogidas en el Anexo 17. Además, dadas las diferencias encontradas entre varones y mujeres con IC, pero la imposibilidad por la baja representación de las mujeres en cada nivel de IC de formar grupos en función del sexo, se tomó esta variable como covariante. Como en el apartado anterior, la ira y el afrontamiento se analizaron con un análisis de varianza mixto con un único factor entre-sujetos (niveles de IC) y el factor intra-sujetos correspondiente. En ambos análisis, se contrastó la hipótesis nula de que las matrices de covarianza eran iguales u homogéneas en todos los grupos mediante la prueba de Box [Ira: $F_{(12/13498,69)} = 1,62$, $p = ,079$; Afrontamiento: $F_{(30/9010,51)} = 1,07$, $p = ,360$]. De nuevo, al violarse el supuesto de esfericidad, se tomaron los resultados multivariados aportados por la Lambda (λ) de Wilks para el factor repetido, y las interacciones del factor repetido con el sexo y con los niveles de IC. Los análisis de las interacciones se hicieron siguiendo el procedimiento antes indicado.

Con el fin de analizar qué factores contribuían significativamente a la predicción del bienestar psicológico, objetivo recogido en el punto 3.5., se utilizaron análisis de regresión jerárquicos para la muestra total y para los grupos control e IC; y de regresión múltiple, para cada sexo por separado. Para aplicar estos análisis se comprobó que no hubiera efectos de colinealidad por una alta correlación entre las variables analizadas, o que el número de predictores fuera ajustado al número de casos en cada análisis, como se detalla en el apartado correspondiente.

Por último, cabría hacer unas precisiones finales. Primero, señalar que todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 17. Segundo, que se aceptaron como resultados significativos todos aquellos que tuvieran una probabilidad igual o menor de ,05. No obstante, dadas las implicaciones clínicas que puede tener un trabajo de esta naturaleza, se señalan las tendencias marginales entre ,06 y ,10, por si análisis posteriores más pormenorizados (por ejemplo, entre dos de los tres grupos contrastados, si fuera el caso) muestran un resultado estadísticamente significativo de interés. Y por último se informa, en todas las F significativas de los efectos principales o de interacción de los análisis de varianza realizados, del valor de eta al cuadrado parcial (η^2_p) para tener un dato acerca del tamaño del efecto encontrado. Desde esta perspectiva, y siguiendo lo sugerido por Cohen (1988), se consideran efectos pequeños (*small*) aquellos cuyo valor de eta (η) sea menor de ,23; medios (*medium*) los que se encuentren entre ,24 y ,36; grandes o relevantes (*large*) los que estén entre ,37 y ,44; y especialmente

importantes (*very large*) aquellos iguales o superiores a ,45. De la misma forma, en los análisis de regresión, se tomará el valor de R^2 ajustado para calcular el porcentaje de varianza explicada del criterio analizado, en nuestro caso, el bienestar psicológico.

3.2. ANÁLISIS PREVIOS

Antes de comenzar con los análisis de resultados dirigidos al estudio de los objetivos e hipótesis de la investigación, llevamos a cabo una serie de comprobaciones previas con el fin de conocer las características de los participantes y la fiabilidad de los instrumentos aplicados. En este sentido, se consideró necesario realizar algunas precisiones con respecto a la prueba de afrontamiento utilizada. Finalmente, y con el objetivo de obtener criterios más claros, se introdujo como variable el índice de bienestar subjetivo.

3.2.1. Características de la muestra

En el apartado sobre los participantes en la investigación se recogían en la Tabla 1 distintos datos sociodemográficos de la muestra global (N = 120) que se comentaron en su momento, así como los relativos a las posibles diferencias entre hombres y mujeres, cuyo contraste estadístico se ha dejado para este apartado de análisis previos dentro de los resultados.

En este sentido, se comprueba que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en función de la edad [$F_{(1,119)} = ,195$; $p=,660$], y en cuanto al

estado civil, hay más mujeres viudas y más hombres casados [$\chi^2_{(1)} = 25,72$; $p < ,001$]. En cuanto al nivel de estudios, habría más mujeres que hombres con estudios primarios, situación que se invierte con respecto a los estudios universitarios [$\chi^2_{(2)} = 15,99$; $p < ,001$]. Finalmente, con respecto al estatus laboral [$\chi^2_{(2)} = 32,01$; $p < ,001$], hay más hombres que mujeres en situación laboral activa y más hombres empleados que desempleados; de la misma manera, hay menos mujeres en situación laboral activa que pasiva. En general, los datos concuerdan con los niveles poblacionales en este rango de edad en cuanto al nivel de estudios y situación laboral cuando se comparan hombres y mujeres. La presencia de más viudas también es esperable dada la mayor esperanza de vida¹ de las mujeres cifrada en los estudios de población en una diferencia de 6 años (Hombres = 76,96; Mujeres = 83,48; datos de 2005)

3.2.2. Fiabilidad de las pruebas aplicadas

La fiabilidad se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach aplicado a cada una de las subescalas de las distintas pruebas aplicadas.

3.2.2.1. Análisis de la escala de afrontamiento

En primer lugar hicimos un detallado análisis de la escala breve de afrontamiento dado que, lo primero que encontramos, es una prueba con 14 subescalas de 2

¹ Instituto Nacional de Estadística (2007). Tablas de mortalidad 1992-2005. Nota de prensa. <http://www.ine.es/prensa/np472.pdf>. Consultado el 17 de febrero de 2010

ítems cada una que, a pesar de su interés clínico, presenta unas fiabilidades muy bajas, como puede apreciarse en la Tabla 3. Los coeficientes obtenidos en nuestra muestra son, en general, inferiores a los informados por Carver (1997), recogidos en la columna final de la Tabla, que obtuvo con una muestra de 168 personas afectadas por el huracán Andrew, es decir, que acababan de vivir una situación de alto estrés.

Afrontamiento	Nº ítems	Media (Dt)	Mín-Máx	α	α (Carver, 1997)
Activo	2	3,87 (1,49)	0-6	,60	,68
Planificación	2	3,88 (1,47)	0-6	,41	,73
Reeval. Positiva	2	3,97(1,59)	0-6	,60	,64
Aceptación	2	4,25 (1,43)	0-6	,41	,57
Humor	2	2,05 (1,77)	0-6	,62	,73
Religión	2	3,25 (2,15)	0-6	,83	,82
Util. apoyo emocion.	2	3,81 (1,60)	0-6	,62	,71
Util. apoyo Instrum.	2	3,76 (1,59)	0-6	,64	,64
Auto-distracción	2	3,79 (1,73)	0-6	,59	,71
Negación	2	2,37 (1,82)	0-6	,62	,54
Desahogarse	2	1,99 (1,72)	0-6	,62	,50
Consumo sustancias	2	0,32 (0,94)	0-6	,91	,90
Abandono	2	1,77 (1,70)	0-6	,42	,65
Auto-culpa	2	2,22 (1,74)	0-6	,56	,69
Total	28	41,29(10,51)	14-68	,79	

Tabla 3. Fiabilidad de la escala abreviada de afrontamiento

Si seguimos el criterio de ,50 como una fiabilidad mínimamente aceptable (Nunnally, 1978), nos encontramos en nuestra muestra con tres estrategias que no alcanzan ese nivel, las de Planificación, Aceptación y Abandono, siendo sólo 2 las subescalas que tienen una elevada fiabilidad, es decir, por encima de ,80 (Religión y Consumo de sustancias).

Estos 14 factores que obtuvo Carver fueron forzados para adaptarlos a su escala ampliada (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). De hecho, Desahogarse y Auto-distracción puntuaban en un mismo factor; y lo mismo Auto-culpa y Negación. A partir de estos resultados sobre la estructura factorial, de la baja fiabilidad obtenida, y de la propia recomendación de Carver (1997) que indica *“la flexibilidad en la aplicación de los ítems está determinada por las necesidades e imaginación del investigador que los utilice”* (pág. 99), agrupamos las distintas estrategias en una estructura más significativa y manejable, e incluso, más comparable con otras aproximaciones al estudio del afrontamiento.

Para ello, realizamos un análisis factorial con componentes principales y rotación Varimax sobre las escalas iniciales, excluyendo la subescala de Religión por ser conceptualmente diferente de las demás y presentar por sí misma, a pesar de tener sólo dos ítems, una alta fiabilidad (,83). El resto de estrategias se agrupó en torno a 4 factores que explicaban el 60,29% de la varianza (ver Tabla 4).

	Factores			
	I	II	III	IV
	Apoyo	Activo	Emocional Desadaptativo	Emocional Adaptativo
Util. apoyo emoc.	,85	,14	-,06	-,01
Util. apoyo instr.	,81	,26	-,15	,04
Planificación	,05	,91	,05	,06
Activo	,12	,89	-,11	,02
Auto-culpa	,03	,11	,74	-,28
Abandono	,00	-,12	,67	,05
Auto-distracción	,25	,10	,61	,18
Desahogarse	,34	-,19	,58	,11
Negación	,38	-,01	,53	,20
Cons. sustancias	-,29	,07	,42	,25
Humor	,02	,11	,27	,75
Aceptación	,19	,14	-,24	,69
Reeval. Positiva	,23	,32	-,03	,62

Tabla 4. Análisis factorial de las subescalas de la prueba de afrontamiento abreviado COPE

El primer factor podría llamarse “Utilización de apoyo social” e incluía las subescalas de apoyo emocional e instrumental (18,17%). El segundo factor, de “Estrategias activas o centradas en el problema” incluía las subescalas de

afrontamiento Activo y de Planificación (16,93%). El tercer factor incluía la utilización de “Estrategias emocionales desadaptativas”, como la Auto-distracción, Negación, Desahogo, Auto-culpa, Abandono y Consumo de sustancias (14,74%). Y el cuarto factor, reunía las subescalas de Humor, Reevaluación positiva y Aceptación, que podrían englobarse como “Estrategias emocionales adaptativas” (10,44%).

Finalmente, se presentan en la siguiente Tabla las fiabilidades de estos factores, así como algunos datos descriptivos de los mismos.

Afrontamiento ⁽¹⁾	M (DT)	Mín.-Máx.	α
Activo	1,94 (0,69)	0-3	,76
Emocional Adaptativo	1,71 (0,56)	,33-3	,62
Emocional Desadaptativo	1,04 (0,48)	,08-2,17	,71
Utilización de Apoyo	1,89 (0,74)	0-3	,80
Religión	1,63 (1,07)	0-3	,83

Tabla 5. Datos descriptivos y coeficientes alfa de fiabilidad de las estrategias de afrontamiento

⁽¹⁾Los valores de estas variables son medios (puntuación total dividida entre el número de ítems que compone cada subescala o factor)

Una vez realizados estos análisis y encontradas unas fiabilidades más elevadas (entre ,62 y ,83), así como una agrupación que recoge los distintos estilos de afrontamiento utilizados habitualmente en la literatura (centrado en la tarea o activo, emocional adaptativo o positivo, emocional desadaptativo - o lo que se

agrupa normalmente en torno a la evitación-, la búsqueda y utilización del apoyo, y finalmente, recurrir a pensamientos de carácter espiritual o a la religión), tomamos estas variables para todos los posteriores análisis del afrontamiento en la presente investigación.

3.2.2.2. Análisis de las restantes escalas aplicadas

En la Tabla 6 se recogen los datos descriptivos y las fiabilidades de las demás escalas y subescalas aplicadas en el estudio.

En conjunto, todas las pruebas presentan fiabilidades adecuadas, entre ,72 y ,89, a excepción de dos de las subescalas de la prueba de expresión de la ira, la ira-interiorizada (,56) e ira-exteriorizada (,64), aunque cumplen el criterio antes mencionado de fiabilidad mínimamente aceptable superior a ,50 (Nunnally, 1978).

En el Anexo 18 se recogen las correlaciones bivariadas entre todas las variables analizadas considerando la muestra total (N=120).

Variables	M (DT)	Mín.-Máx.	Nº ítems	α
Resiliencia	46,73 (8,23)	17-65	14	,77
Vulnerabilidad	15,64 (6,07)	0-28	6	,72
Autoeficacia	28,91 (9,17)	1-47	10	,89
Apoyo percibido	35,27 (5,76)	17-45	9	,75
Ira-interna ⁽¹⁾	2,18 (0,55)	1,17-3,67	6	,56
Ira-exteriorizada ⁽¹⁾	1,78 (0,54)	1-4	6	,64
Control ira ⁽¹⁾	2,65 (0,60)	1-4	12	,83
Sucesos personales y familiares	2,87 (2,65)	0-12	17	,74
Sucesos laborales y económicos	1,35 (2,67)	0-11	21	,87
Satisfacción con la vida	15,49 (5,06)	0-25	5	,74
Afecto positivo	28,39 (6,4)	16-47	10	,79
Afecto negativo	19,33 (7,1)	10-45	10	,87
Ansiedad	13,59 (4,18)	7-27	7	,79
Depresión	13,41 (4,16)	7-26	7	,72
Síntomas Generales	9,16 (6,03)	0-25	34	,87
Síntomas Cardiovasculares	2,96 (2,97)	0-11	13	,81

Tabla 6. Datos descriptivos y coeficientes alfa de fiabilidad de las pruebas aplicadas.

⁽¹⁾Los valores de estas variables son medios (puntuación total dividida entre el número de ítems que compone cada subescala)

3.2.3. Índice de bienestar

El bienestar subjetivo se define a partir de tres factores distintos pero correlacionados entre sí: la presencia de afecto positivo, la ausencia de afecto negativo y la satisfacción con la vida (Myers y Diener, 1995). De esta forma, a nivel cognitivo, el bienestar incluye un sentido global de satisfacción con la vida,

a partir de la satisfacción que la persona percibe en los diferentes dominios de la misma, como el trabajo, las relaciones personales, su salud, o incluso, su forma de ser y estilo de vida. A nivel afectivo, refleja el balance o equilibrio entre las emociones placenteras y displacenteras derivadas de las constantes valoraciones de las situaciones que cada uno vive. Así, en las personas con alto bienestar habría una preponderancia de pensamientos y sentimientos positivos sobre la propia vida, mientras que las personas con bajo bienestar subjetivo parecen valorar sus circunstancias y acontecimientos vitales como indeseables, reflejándose en emociones negativas como ansiedad, depresión o ira (Diener, 2000; Myers y Diener, 1995).

Para abordar este concepto más amplio de bienestar, se aconseja combinar la evaluación de la satisfacción con una prueba afectiva (Pavot y Diener, 1993). En este sentido, en nuestro estudio, combinamos las puntuaciones obtenidas en la prueba de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) con las obtenidas en la Escala de Afecto Positivo y Negativo (Watson *et al.*, 1988). La puntuación en Bienestar en nuestra muestra se obtenía de sumar a la Satisfacción el balance del Afecto [Satisfacción + (Afecto positivo – Afecto negativo)], siguiendo las indicaciones de Pavot y Diener (1993), así como los resultados recogidos en el estudio de Pérez-García, Arroyo y Muñoz (2010). A partir de este momento, esta fue la variable que se utilizó en los análisis posteriores de la investigación, cuyos datos descriptivos de interés pueden consultarse en la Tabla 7.

	M (Dt)	Correlaciones		
		Satisfacción	Afecto Positivo	Afecto Negativo
Bienestar	24,56 (12,54)	,71***	,57***	-,75***

Tabla 7. Media y desviación típica (entre paréntesis) del índice de bienestar, y correlaciones con las variables intervinientes. *Nota:* *** $p < ,001$

3.3. ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL SEXO Y EL GRUPO

Se han analizado las distintas variables con el modelo lineal univariante para 2 factores independientes, exceptuando la expresión de la ira y las estrategias de afrontamiento. El primer factor sería el sexo y el segundo la condición o grupo al que pertenecían los participantes, con los niveles clínico o grupo con Insuficiencia Cardíaca (IC) y control, o grupo sin cardiopatías isquémicas. Con el tipo de análisis utilizado, se pueden estudiar los efectos principales de los factores sexo y grupo, así como las posibles interacciones entre ellos. Los resultados se presentan agrupados en función de la naturaleza de las variables dependientes, como hemos venido haciendo ya en capítulos previos.

Para aplicar estos análisis, y dado que los N de los distintos subgrupos superaban lo establecido para la aplicación sin dificultades de la técnica del análisis de varianza [es decir, que entre el N del grupo menos numeroso -15- y el del más numeroso -45- la diferencia no sea superior en 1,5 veces (ver Leech, Barrett y Morgan, 2005 para una revisión)] se comprobó si en todas las variables

se cumplía el criterio de homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene (ver Anexo 17). Sólo en los sucesos vitales negativos, tanto los de carácter personal o familiar, como los laborales o económicos, no se cumplió este requisito. En este caso, los datos se presentarán a título informativo pero su valor queda debilitado por la condición indicada.

Para el análisis de la expresión de la ira y el afrontamiento se utilizará un análisis de varianza mixto donde además de los dos factores entre-sujetos anteriores (sexo y grupo) se considerará un factor intra-sujetos. En un caso, el tipo de expresión de la ira, con tres factores (ira in, ira out y control de la ira), y en el otro, el tipo de afrontamiento, con cinco niveles (activo, emocional positivo, emocional negativo, búsqueda de apoyo y religión). El estudio de las interacciones significativas se llevará a cabo mediante análisis más pormenorizados (análisis univariantes de uno o de dos factores, según el caso).

3.3.1. Recursos personales

En la Tabla 8 se recogen las medias y desviaciones típicas de las variables de Resiliencia, Vulnerabilidad y Autoeficacia, así como las F y su significación.

Se encontró un efecto principal significativo del sexo para la *Autoeficacia*, indicando que los varones percibían una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles que las mujeres; así como un efecto marginalmente significativo en *Vulnerabilidad*, indicando que los hombres tienden a sentirse

menos vulnerables que las mujeres. No hubo otros efectos principales o de interacción significativos en este conjunto de variables.

		Grupo	Media	Dt	N	F	Sig	η^2_p
Resiliencia	Varón	IC	45,80	7,56	41			
		Control	50,53	6,47	15			
	Mujer	IC	46,74	8,72	19	2,38	,126	,020
		Control	46,31	9,01	45			
	Total Grupo	IC	46,10	7,88	60			
		Control	47,37	8,59	60	1,66	,200	,014
Total Sexo	Varones	47,07	7,53	56				
	Mujeres	46,44	8,85	64	,97	,327	,008	
Vulnerabilidad	Varón	IC	14,80	6,4	41			
		Control	14,47	6,95	15			
	Mujer	IC	17,32	5,61	19	,13	,720	,001
		Control	16,09	5,64	45			
	Total Grupo	IC	15,60	6,22	60			
		Control	15,68	5,97	60	,40	,529	,003
Total Sexo	Varones	14,71	6,49	56				
	Mujeres	16,45	5,61	64	2,79 ^o	,092	,024	
Autoeficacia	Varón	IC	29,80	8,01	41			
		Control	33,53	11,32	15			
	Mujer	IC	27,84	8,29	19	1,54	,217	,013
		Control	27,00	9,38	45			
	Total Grupo	IC	29,18	8,08	60			
		Control	28,63	10,21	60	,61	,435	,005
Total Sexo	Varones	30,80	9,06	56				
	Mujeres	27,25	9,02	64	5,33*	,023	,044	

Tabla 8. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para los recursos personales (resiliencia, vulnerabilidad y autoeficacia). Notas: (1) ^o p<,10 * p<,05; (2) en negrita, la F significativa; y en cursiva, la F marginalmente significativa; (3) η^2_p = eta al cuadrado parcial

3.3.2. Recursos psicosociales

En la Tabla 9 se recogen las medias y desviaciones típicas del *Apoyo percibido*, *Estrés personal* y *Estrés laboral*. En las tres variables se encontró un efecto principal del sexo. Así, los varones informan haber tenido más estrés o acontecimientos vitales negativos, tanto de carácter personal como laboral, y perciben un menor apoyo social que las mujeres.

		Grupo	Media	Dt	N	F	Sig	η^2_p			
Apoyo percibido	Varón	IC	33,41	5,94	41	5,08*	,026	,042			
		Control	35,80	5,61	15						
	Mujer	IC	38,26	3,14	19						
		Control	35,51	6,04	45						
	Total Grupo	IC	34,95	5,66	60				,03	,873	,000
		Control	35,58	5,89	60						
Estrés personal	Varón	IC	3,46	2,99	41	7,49**	,007	,061			
		Control	4,07	3,26	15						
	Mujer	IC	3,74	2,60	19						
		Control	1,58	1,37	45						
Total Grupo	IC	3,55	2,85	60	2,38	,126	,020				
	Control	2,20	2,26	60							
Estrés laboral	Varón	IC	2,41	3,58	41	12,03***	,001	,094			
		Control	2,27	2,84	15						
	Mujer	IC	,84	2,09	19						
		Control	,29	,81	45						
Total Grupo	IC	1,92	3,25	60	,47	,495	,004				
	Control	,78	1,78	60							
Total Sexo	Varones	2,38	3,37	56							
	Mujeres	,45	1,33	64							

Tabla 9. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para los recursos psicosociales (apoyo percibido, estrés personal y estrés laboral). Notas: (1) * $p < ,05$; ** $p < ,01$ *** $p < ,001$; (2) en negrita, las F significativas; (3) η^2_p = eta al cuadrado parcial

No obstante, los efectos principales en apoyo percibido y en estrés personal quedan mejor entendidos si tenemos en cuenta las dos interacciones significativas encontradas. Así, mientras no hay diferencias significativas entre varones y mujeres en el grupo control en el apoyo percibido [$F_{(1,60)} = ,27$; $p = ,870$], en el grupo con IC las mujeres perciben más apoyo que los hombres [$F_{(1,60)} = 11,15$; $p < ,001$; $\eta^2_p = ,161$]. Además, mientras los varones no modifican de forma estadísticamente significativa su percepción de apoyo en función del grupo [$F_{(1,56)} = 1,82$; $p = ,183$], las mujeres tienden a percibir más apoyo cuando padecen IC [$F_{(1,64)} = 3,52$; $p < ,06$; $\eta^2_p = ,054$] (ver Figura 2).

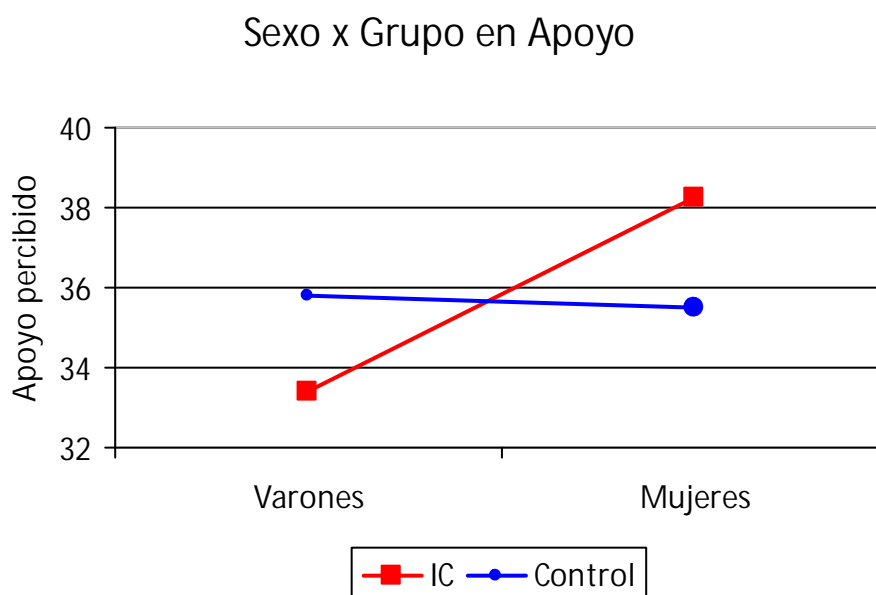


Figura 2. Interacción sexo x grupo en Apoyo percibido

Por su parte, en el caso del *estrés personal*, la presencia de diferencias entre hombres y mujeres se daría en el grupo control, donde los varones parecen haber sufrido más acontecimientos negativos de este tipo [$F_{(1,60)} = 17,43$; $p < ,001$; $\eta^2_p = ,231$]; mientras que no habría diferencias entre ambos sexos en el grupo clínico o con IC [$F_{(1,60)} = ,12$; $p = ,733$]. A su vez, mientras en los varones el estrés sería similar en ambos grupos [$F_{(1,56)} = ,43$; $p = ,517$], en el caso de las mujeres, el informe de acontecimientos negativos personales es significativamente superior para las que padecen IC [$F_{(1,64)} = 18,87$; $p < ,001$; $\eta^2_p = ,233$] (ver Figura 3).

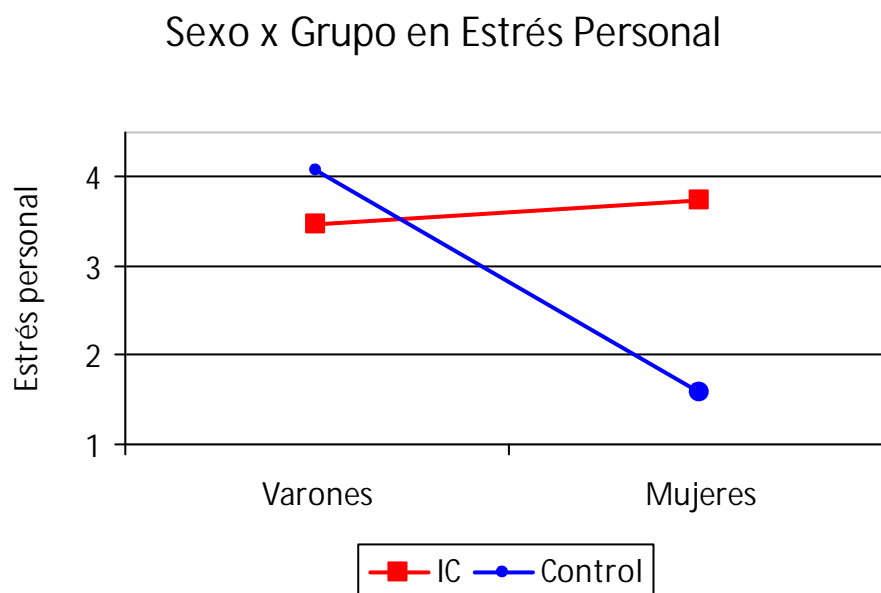


Figura 3. Interacción sexo x grupo en Estrés personal

3.3.3. Expresión de la ira

En este caso, se realizó un análisis de varianza mixto con tres factores, además de los dos entre-sujetos habituales, el sexo y el grupo, consideramos otro intra-sujetos, con las tres formas de expresión de la ira. Los resultados mostraron un efecto principal significativo de la forma de expresión de la ira [λ de Wilks: $F_{(2,115)} = 41,16$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,417$], pero no del sexo [$F_{(1,116)} = ,81$, $p = ,370$] o del grupo [$F_{(1,116)} = 1,57$, $p = ,213$].

Es decir, que todos los sujetos, con independencia del sexo o grupo al que pertenecieran, puntuaban más alto en control de la ira, en segundo lugar en ira interiorizada y, finalmente, la forma menos utilizada de expresión de la ira era su exteriorización [$t_{(119)} \text{ control-in} = 6,33$; $t_{(119)} \text{ control-out} = 9,77$; $t_{(119)} \text{ in-out} = 6,58$; $p < ,001$]. No obstante, es más interesante la interacción significativa tipo de expresión de la ira por sexo [λ de Wilks: $F_{(2,116)} = 6,26$, $p < ,003$, $\eta^2_p = ,098$].

		Grupo	Media	Dt	N	F	Sig	η^2_p
Ira in	Varón	IC	2,12	,54	41			
		Control	1,92	,60	15			
	Mujer	IC	2,42	,57	19			
		Control	2,23	,49	45			
	Total Grupo	IC	2,22	,56	60			
		Control	2,15	,54	60			
	Total Sexo	Varones	2,07	,56	56			
		Mujeres	2,29	,52	64	7,68**	,006	,062
Total	Todos	2,18	,55	120				
Ira out	Varón	IC	1,9	,60	41			
		Control	1,77	,67	15			
	Mujer	IC	1,76	,42	19			
		Control	1,68	,46	45			
	Total Grupo	IC	1,86	,55	60			
		Control	1,70	,52	60			
	Total Sexo	Varones	1,86	,61	56			
		Mujeres	1,70	,45	64	1,05	,307	,009
Total	Todos	1,78	,54	120				
Control ira	Varón	IC	2,58	,66	41			
		Control	2,80	,68	15			
	Mujer	IC	2,71	,64	19			
		Control	2,63	,51	45			
	Total Grupo	IC	2,62	,65	60			
		Control	2,67	,56	60			
	Total Sexo	Varones	2,64	,66	56			
		Mujeres	2,65	,55	64	,04	,837	,000
Total	Todos	2,65	,06	120				

Tabla 10. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales del sexo en las tres formas de expresión de ira (Ira in, Ira out y Control ira). Notas: (1) $^{\circ}p < ,10$ ** $p < ,01$; (2) en negrita, la F significativa; (3) η^2_p = eta al cuadrado parcial

Como puede observarse en la Figura 4, los hombres y las mujeres no se diferencian en su control de la ira, ni significativamente en su Ira exteriorizada, aunque sea algo más elevada en los varones, pero las mujeres reprimen o interiorizan significativamente más la ira que los varones, como muestra el efecto principal del sexo en la variable de *Ira in* (ver Tabla 10).

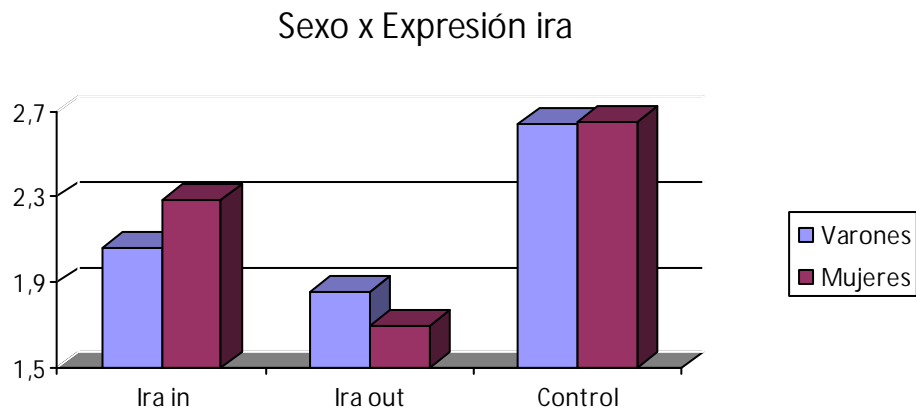


Figura 4. Representación gráfica de la interacción entre el sexo y el tipo de expresión de la ira

Finalmente cabe señalar, por las implicaciones clínicas que dicho resultado pueda tener, la tendencia, marginalmente significativa, a reprimir más la ira en el grupo con IC que en el control [$F_{(1,120)} = 3,20$; $p < ,07$; $\eta^2_p = ,027$].

3.3.4. Estrategias de afrontamiento

Las medias y desviaciones típicas de las distintas estrategias de afrontamiento (activo, emocional positivo, emocional negativo, búsqueda de apoyo y religión) pueden verse en la Tabla 11.

Como en el caso anterior, se realizó un análisis de varianza mixto con tres factores, dos entre-sujetos, el sexo y el grupo, y otro intra-sujetos, con los cinco tipos de estrategias de afrontamiento medidas. Los resultados mostraron un efecto principal significativo del tipo de afrontamiento [λ de Wilks: $F_{(4,113)} = 49,17$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,635$], del sexo [$F_{(1,116)} = 4,81$, $p < ,03$; $\eta^2_p = ,040$], y del grupo [$F_{(1,116)} = 3,80$, $p < ,05$; $\eta^2_p = ,032$].

Afrontamiento		Grupo	Media	Dt	N	F	Sig	η^2_p			
Activo	Varón	IC	1,98	,72	41	,00	,949	,018			
		Control	2,12	,62	15						
	Mujer	IC	1,76	,81	19						
		Control	1,92	,64	45						
	Total Grupo	IC	1,91	,75	60				1,12	,291	,010
		Control	1,97	,63	60						
	Total Sexo	Varones	2,01	,69	56				2,07	,153	,000
	Mujeres	1,87	,69	64							
Total	Todos	1,94	,69	120							
Emocional positivo	Varón	IC	1,55	,57	41	7,46**	,007	,060			
		Control	2,16	,37	15						
	Mujer	IC	1,70	,69	19						
		Control	1,71	,47	45						
	Total Grupo	IC	1,60	,61	60				8,13**	,005	,065
		Control	1,82	,48	60						
	Total Sexo	Varones	1,71	,58	56				1,75	,188	,015
	Mujeres	1,71	,54	64							
Total	Todos	1,71	,56	120							
Emocional negativo	Varón	IC	,93	,49	41	1,57	,214	,013			
		Control	1,00	,40	15						
	Mujer	IC	,89	,52	19						
		Control	1,21	,44	45						
	Total Grupo	IC	,92	,49	60				4,25*	,042	,035
		Control	1,16	,43	60						
	Total Sexo	Varones	,95	,46	56				,79	,376	,007
	Mujeres	1,11	,48	64							
Total	Todos	1,04	,48	120							
Búsqueda Apoyo	Varón	IC	1,69	,76	41	,02	,887	,000			
		Control	1,77	,60	15						
	Mujer	IC	2,02	,68	19						
		Control	2,05	,75	45						
	Total Grupo	IC	1,80	,75	60				,11	,735	,001
		Control	1,98	,72	60						
	Total Sexo	Varones	1,71	,72	56				4,36*	,039	,036
	Mujeres	2,05	,73	64							
Total	Todos	1,89	,74	120							
Religión	Varón	IC	1,13	,92	41	,33	,568	,003			
		Control	1,13	1,03	15						
	Mujer	IC	1,89	1,12	19						
		Control	2,12	,95	45						
	Total Grupo	IC	1,37	1,04	60				,32	,571	,003
		Control	1,87	1,05	60						
	Total Sexo	Varones	1,13	,94	56				19,26***	,000	,142
	Mujeres	2,05	1,00	64							
Total	Todos	1,63	1,07	120							

Tabla 11. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para el afrontamiento (activo, emocional positivo, emocional negativo, búsqueda de apoyo y religión). Notas: (1) * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; (2) en negrita, las F significativas; (3) η^2_p = eta al cuadrado parcial

En relación con el primer efecto significativo, las estrategias más utilizadas serían primero las activas que se utilizarían más que las emocionales positivas [$t_{(119)} = 3,60$; $p < ,001$], las creencias religiosas [$t_{(119)} = 2,62$; $p < ,01$], o las emocionales negativas [$t_{(119)} = 11,74$; $p < ,001$], aunque al mismo nivel que la búsqueda de apoyo [$t_{(119)} = ,62$; $p = ,540$].

A su vez, el apoyo se utiliza más que las estrategias emocionales positivas [$t_{(119)} = 2,46$; $p < ,01$], la religión [$t_{(119)} = 2,70$; $p < ,01$], y las emocionales negativas o desadaptativas [$t_{(119)} = 12,06$; $p < ,001$].

En tercer lugar estarían las estrategias emocionales adaptativas que se utilizan al mismo nivel que las creencias religiosas [$t_{(119)} = ,81$; $p = ,418$], y se recurriría más a ambas que a las emocionales negativas, las menos utilizadas de todas [$t_{(119)} \text{emoc.pos.} - \text{emoc.neg.} = 11,03$; $t_{(119)} \text{religión} - \text{emoc.neg.} = 6,35$; $p < ,001$].

No obstante, estos efectos quedan matizados por las interacciones significativas tipo de afrontamiento x sexo [λ de Wilks: $F_{(4,113)} = 6,29$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,182$] y tipo de afrontamiento x sexo x grupo [λ de Wilks: $F_{(4,113)} = 3,11$, $p < ,018$,

$\eta^2_p = ,099$]. Para poder entender el significado de estas interacciones, llevamos a cabo análisis más pormenorizados, empezando por el contraste de los dos factores entre-sujetos (sexo y grupo) para cada una de las estrategias de afrontamiento, datos recogidos en la Tabla 12.

En este sentido, el efecto del sexo fue significativo para *Búsqueda de apoyo* y utilización de la *Religión*, indicando que ambas estrategias son más utilizadas por las mujeres que por los hombres.

En cuanto al efecto del grupo, fue significativo para las *estrategias de tipo emocional*, siendo mayor su utilización, ya sean de naturaleza adaptativa como desadaptativa, en el grupo control que en el grupo con IC. No obstante, en el caso del *afrontamiento emocional positivo*, se obtiene también una interacción significativa recogida gráficamente en la Figura 5, que puede clarificar el efecto principal mencionado.

Así, esta diferencia sólo es significativa en los varones [$F_{(1,56)} = 14,79$; $p < ,001$; $\eta^2_p = ,215$], mientras las mujeres hacen un uso similar de este tipo de estrategias con independencia del grupo al que pertenecen [$F_{(1,64)} = ,01$; $p = ,930$]. Además, el uso que hacen los hombres de estos recursos es significativamente superior al que hacen las mujeres dentro del grupo control [$F_{(1,60)} = 10,91$; $p < ,002$; $\eta^2_p = ,158$].

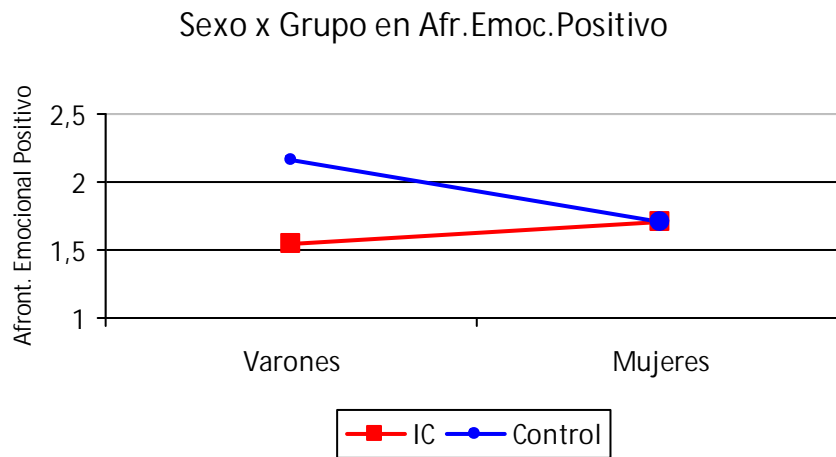


Figura 5. Interacción sexo por grupo en Afrontamiento emocional positivo

Finalmente, para terminar el análisis del tipo de afrontamiento en función del sexo, se realizaron una serie de pruebas de t, recogidas en la Tabla 12, cuyos valores medios se representan en la Figura 6. En este sentido, el tipo de afrontamiento más utilizado en los varones es el activo, después las estrategias emocionales adaptativas y la búsqueda de apoyo, a continuación y muy por debajo, el manejo desadaptativo de la emoción y, finalmente, las creencias religiosas. Las mujeres, por su parte, utilizarían en mayor medida estrategias de búsqueda de apoyo y creencias religiosas para hacer frente a las dificultades, que estrategias de carácter emocional ya sean positivas o negativas. También buscan más el apoyo que el afrontamiento activo y directo, aunque este último, no obstante, sería más utilizado que el centrado en la emoción. Como en los varones,

las estrategias a las que menos recurren son las emocionales de carácter negativo (autoculpa, negación, consumo de sustancias,...)

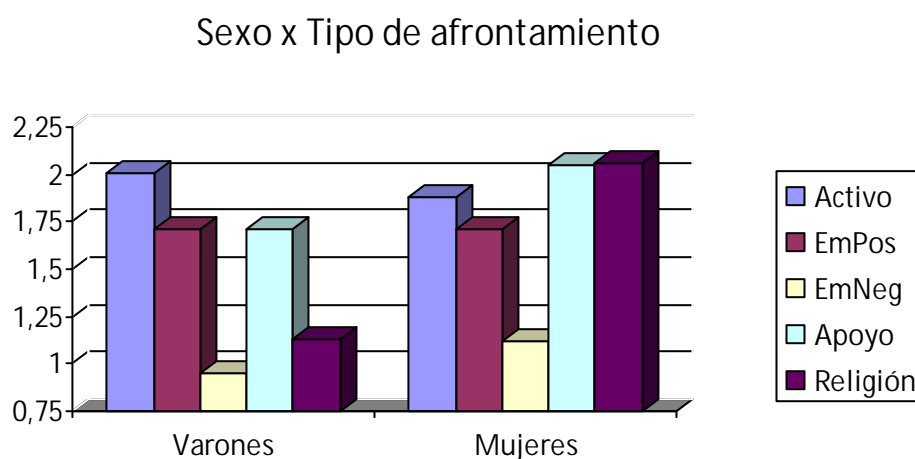


Figura 6. Representación gráfica de la interacción entre el sexo y los tipos de afrontamiento utilizados.

Afrontamiento (contrastes)	Varones		Mujeres	
	<i>t</i> ₍₅₅₎	Sign.	<i>t</i> ₍₆₃₎	Sign.
Activo – Emocional positivo	3,15	,003	<i>1,94</i>	,056
Activo - Emocional negativo	9,46	,000	7,40	,000
Activo - Apoyo	2,51	,015	<i>-1,81</i>	,075
Activo - Religión	5,65	,000	-1,15	,254
Emocional positivo - Emocional negativo	8,62	,000	7,11	,000
Emocional positivo - Apoyo	-,03	,977	-3,39	,001
Emocional positivo - Religión	4,26	,000	-2,46	,016
Emocional negativo - Apoyo	-7,29	,000	-9,75	,000
Emocional negativo - Religión	-1,55	,126	-7,59	,000
Apoyo - Religión	4,84	,000	-,05	,957

Tabla 12. Pruebas de t para varones y mujeres contrastando las distintas estrategias de afrontamiento medidas. Nota: En negrita las t estadísticamente significativas, y en cursiva las marginalmente significativas

3.3.5. Salud psicológica

En la Tabla 13 se pueden consultar las medias y desviaciones típicas del *Índice de bienestar*, la *Ansiedad* y la *Depresión*.

Los resultados significativos de este grupo de análisis se refieren al factor sexo. Así, en las tres variables los hombres informan mayor bienestar subjetivo, y menor malestar emocional, o niveles de ansiedad y depresión.

		Grupo	Media	Dt	N	F	Sig	η^2_p			
Índice bienestar	Varón	IC	27,49	12,15	41	,37	,542	,003			
		Control	32,13	11,97	15						
	Mujer	IC	19,74	13,09	19						
		Control	21,40	11,30	45						
	Total Grupo	IC	25,03	12,87	60				1,68	,198	,014
		Control	24,08	12,29	60						
	Total Sexo	Varones	28,73	12,17	56				14,38***	,000	,110
		Mujeres	20,91	11,77	64						
Ansiedad	Varón	IC	12,73	4,10	41	,65	,420	,006			
		Control	11,53	3,27	15						
	Mujer	IC	14,53	4,75	19						
		Control	14,67	3,95	45						
	Total Grupo	IC	13,30	4,36	60				,41	,524	,004
		Control	13,88	4,01	60						
	Total Sexo	Varones	12,41	3,90	56				8,86**	,004	,071
		Mujeres	14,63	4,17	64						
Depresión	Varón	IC	13,00	4,72	41	,23	,633	,002			
		Control	11,20	3,55	15						
	Mujer	IC	14,89	4,04	19						
		Control	13,89	3,59	45						
	Total Grupo	IC	13,60	4,57	60				2,86 ^o	,093	,024
		Control	13,22	3,73	60						
	Total Sexo	Varones	12,52	4,48	56				7,63**	,007	,062
		Mujeres	14,19	3,72	64						

Tabla 13. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para la salud percibida (índice bienestar, ansiedad y depresión). Notas: (1) ^o p<,10; ** p<,01; *** p<,001; (2) en negrita, las F significativas; y en cursiva, la F marginalmente significativa; (3) η^2_p = eta al cuadrado parcial

Asimismo, se encuentra una diferencia marginalmente significativa del factor grupo para la variable Depresión, de forma que los pacientes con IC tienden a informar un estado de ánimo más depresivo que los participantes del grupo control.

3.3.6. Síntomas informados

Se incluyen las medias y desviaciones típicas de los Síntomas generales por una lado, y por otro, las de los Síntomas exclusivamente cardiovasculares (ver Tabla 14).

		Grupo	Media	Dt	N	F	Sig	η^2_p			
Síntomas generales	Varón	IC	8,10	5,11	41	,44	,506	,004			
		Control	5,47	4,14	15						
	Mujer	IC	13,63	7,06	19						
		Control	9,47	5,87	45						
	Total Grupo	IC	9,85	6,29	60				8,74**	,004	,070
		Control	8,47	5,73	60						
Total Sexo	Varones	7,39	4,97	56	17,20***	,000	,129				
	Mujeres	10,70	6,48	64							
Síntomas cardiovasculares	Varón	IC	3,27	2,72	41	,32	,574	,003			
		Control	,93	1,03	15						
	Mujer	IC	5,32	3,54	19						
		Control	2,36	2,71	45						
	Total Grupo	IC	3,92	3,13	60				22,76***	,000	,164
		Control	2,00	2,48	60						
Total Sexo	Varones	2,64	2,60	56	9,77**	,002	,078				
	Mujeres	3,23	3,25	64							

Tabla 14. Descriptivos por grupo (Media, Desviación Típica y N), así como las F con su correspondiente significación para los efectos principales y la interacción de los Análisis de dos factores, sexo x grupo (IC y control) para síntomas percibidos (síntomas generales y síntomas cardiovasculares). Notas: (1) ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; (2) en negrita, las F significativas

Observamos efectos principales significativos tanto del sexo como del grupo en ambas variables. Respecto al efecto principal del sexo, los datos muestran que las mujeres informan más síntomas de todo tipo, es decir, *generales* y *cardiovasculares* que los varones. Y, por lo que respecta al efecto principal del grupo, los participantes con IC informan más síntomas tanto generales como específicamente cardiovasculares que los participantes del grupo control.

3.3.7. Resumen

Del análisis de las distintas variables si tenemos en cuenta los efectos principales del sexo, podemos concluir que los varones, en contraste con las mujeres, tienen más recursos personales, percibiendo una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles, al tiempo que tienden a sentirse menos vulnerables. A su vez informan de un mayor bienestar subjetivo, así como menor malestar emocional, expresado en menores niveles de estado de ansiedad y depresión. También informan menos síntomas tanto generales como de tipo cardiovascular. Mientras tanto, parece que las mujeres únicamente disponen de más recursos psicosociales, percibiendo más apoyo social que los hombres, e informando además de haber tenido menos estrés tanto laboral como personal.

Respecto a la forma de expresión de la ira, que puede ser variable en su intensidad, desde una simple irritación hasta la rabia o la furia, son semejantes cuando exteriorizan la misma, es decir cuando tienden a manifestar conductas airadas, verbales o físicas hacia otras personas y/u objetos pero sin la intención de

hacer daño. También son parecidos cuando ejercen un control o lo que es lo mismo, cuando intentan canalizar su irritabilidad emocional proyectándola hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto. Sin embargo, las mujeres tienden a una mayor interiorización de la misma, es decir, afrontan más la situación reprimiendo la expresión verbal o física.

Por otra parte, en relación a la forma de afrontar los acontecimientos o las estrategias que la persona pone en marcha para afrontar determinadas situaciones, encontramos que los varones utilizan más las estrategias activas o estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, así como otras de tipo emocional adaptativas donde la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante como pueden ser el autocontrol o la reevaluación positiva. Las mujeres en cambio, para hacer frente a las dificultades, recurren más a la búsqueda de apoyo emocional, así como a sus creencias religiosas.

Respecto al grupo, encontramos una menor proporción de efectos principales comparada con la que hemos obtenido respecto al sexo. Así encontramos como cabría esperar, que el grupo IC, es decir las personas enfermas de Insuficiencia Cardíaca, informan tener un mayor número de síntomas tanto de tipo general, como relacionados con su enfermedad, o sea síntomas cardiovasculares. También parece que las estrategias de afrontamiento de tipo emocional, que ya hemos comentado unas líneas más arriba, tanto adaptativas como desadaptativas, son utilizadas más por el grupo de personas que no tienen IC, que por las personas que la padecen. Por último podemos destacar dentro de

los tipos de expresión de la ira, una tendencia a que de nuevo la ira in o hacia adentro, sea mayor en el grupo de enfermos que en el grupo sin enfermedad, así como una tendencia del grupo IC a informar un estado de ánimo más depresivo que los participantes del grupo control.

Ahora bien, si tenemos en cuenta las interacciones significativas, los efectos principales quedan mejor entendidos. Así respecto al sexo, habíamos encontrado cuando hablamos de los efectos principales, que las mujeres tenían más recursos psicosociales. Pues bien, parece que esto queda matizado cuando nos referimos concretamente al apoyo percibido y al estrés personal. En relación al apoyo percibido, parece que esto ocurre únicamente en el grupo con IC. En cambio cuando las mujeres no se encuentran enfermas, no se diferencian de los hombres en su percepción de apoyo. Además, los varones tanto cuando no tienen enfermedad cardíaca, como cuando la padecen, perciben el apoyo de la misma forma, mientras que las mujeres sí varían su percepción de apoyo, percibiendo más cuando enferman de IC.

Con respecto al estrés personal, ocurriría lo contrario. Es decir, las diferencias entre varones y mujeres se dan únicamente en el grupo control, donde como habíamos apuntado, las mujeres informan de haber padecido menor estrés personal. Sin embargo, cuando las mujeres están enfermas de IC, el estrés personal que informan es igual al de los varones. Además, al igual que en apoyo percibido, mientras los varones no varían en función del grupo, las mujeres sólo informan de un mayor número de acontecimientos negativos personales cuando padecen IC. En resumen, lo que habíamos dicho en un principio sobre que las

mujeres tienen más recursos psicosociales, queda matizado de la siguiente forma con respecto al apoyo percibido y a estrés personal: cuando sufren una enfermedad como es la IC, perciben un mayor apoyo y sólo cuando no tienen la enfermedad informan de un menor número de acontecimientos negativos personales. El efecto principal en la variable que falta de este grupo, estrés laboral, se mantiene como habíamos apuntado previamente, de forma que las mujeres informan de menor estrés, no habiendo interacciones significativas.

Por último en relación a las estrategias de afrontamiento, el efecto principal significativo del grupo en las estrategias de tipo emocional, se verá matizado por la interacción significativa en el caso del afrontamiento emocional positivo. Aquí son las mujeres las que no varían sus estrategias de afrontamiento, cuando utilizan concretamente el afrontamiento emocional positivo, estén o no enfermas de IC, mientras que son los varones los que cambian sus estrategias, de tal forma que cuando no padecen la enfermedad hacen un mayor uso del afrontamiento emocional positivo y además en mayor proporción que las mujeres sin IC.

Para finalizar, en todos los análisis de este apartado sobre las relaciones entre sexo y grupo control e IC se calcularon los tamaños de los efectos encontrados. Para ello, se utilizó el cálculo de la eta al cuadrado parcial (η^2_p) en cada una de las variables y para los efectos principales y la interacción. En las F estadísticamente significativas donde se recogen los efectos del sexo y/o del grupo, el valor de η^2_p osciló en un rango entre ,033 para el efecto principal del

sexo en la variable de Apoyo percibido, y ,164 para el efecto del grupo en los Síntomas cardiovasculares. O lo que es lo mismo, valores de eta (raíz cuadrada del dato anterior) entre ,18 y ,41, o dicho en otras palabras, entre valores pequeños (se consideran hasta ,23), medios (de ,23 hasta ,36), y grandes (de ,37 a ,44) (ver Cohen, 1988; Leech *et al.*, 2005, para una revisión).

3.4. ANÁLISIS DE LA MUESTRA CLÍNICA

Hemos analizado las distintas variables psicosociales, estudiando el factor grupos de IC, el cual tiene tres niveles que corresponden a la clasificación NYHA (1 a 3), donde 1 representa el menor nivel de gravedad de IC, y 3 el mayor de ellos. De esta forma hemos podido comprobar si hay diferencias en las variables estudiadas teniendo en cuenta el nivel de gravedad de de esta enfermedad.

En estos análisis no se pudieron formar grupos en función del sexo porque, como ocurre en todos los estudios de inclusión de pacientes cardiovasculares de forma consecutiva en un periodo de tiempo, las muestras siempre tienen más varones que mujeres, por la mayor prevalencia en la población de estos trastornos entre los hombres (ver por ejemplo, Park, Malone, Suresh, Bliss y Rosen, 2008; Urquijo *et al.*, 2003). En los meses en que nos permitieron acceder a los pacientes (ver procedimiento), asistieron a la unidad, y cumplieron todos los requisitos mencionados, 41 varones y 19 mujeres, quedando las mismas poco representadas en las tres categorías de IC (Nivel 1 = 2; Nivel 2 = 8; Nivel 3 = 9).

Aunque las medias de los varones y mujeres con IC en todas las variables estudiadas se recogieron en el punto anterior, para mayor facilidad, se resumen en la Tabla 15 junto con su correspondiente contraste (pruebas de t para muestras independientes). Viendo la importancia de estas diferencias en muchas de estas variables, se incluyó el sexo como covariante en todos los análisis posteriores.

Variables	Medias (Dt)		Prueba de Levene		Prueba de t	
	Varones (N=41)	Mujeres (N=19)	F	Sign.	t ₍₅₈₎	Sign.
Resiliencia	45,80 (7,56)	46,74 (8,72)	,36	,551	-,42	,674
Vulnerabilidad	14,80 (6,39)	17,32 (5,61)	,66	,419	-1,47	,147
Autoeficacia	29,80 (8,01)	27,84 (8,29)	,02	,900	,87	,386
Apoyo percibido	33,41 (5,94)	38,26 (3,14)	3,16	,081	-3,34***	,001
Estrés personal	3,46 (2,99)	3,74 (2,60)	1,44	,234	-,34	,733
Estrés laboral	2,41 (3,58)	,84 (2,09)	12,28	,001	2,14*^a	,037
Ira in	2,12 (,54)	2,42 (,57)	,16	,690	<i>-1,96^o</i>	,054
Ira out	1,90 (,60)	1,76 (,42)	1,52	,222	,88	,380
Control ira	2,58 (,66)	2,71 (,64)	,01	,916	-,69	,493
Afr. Activo	1,98 (,72)	1,76 (,81)	,58	,448	1,02	,312
Afr. Emoc. Positivo	1,55 (,57)	1,70 (,69)	1,44	,234	-,91	,368
Afr. Emoc. Negativo	,93 (,49)	,89 (,52)	,08	,780	,25	,806
Afr. Búsqueda apoyo	1,69 (,76)	2,02 (,68)	,16	,689	-1,62	,111
Afr. Religión	1,13 (,92)	1,89 (1,12)	2,08	,155	-2,77**	,008
Índice bienestar	27,49 (12,15)	19,74 (13,08)	,28	,596	2,24*	,029
Ansiedad	12,73 (4,10)	14,53 (4,75)	,42	,521	-1,49	,139
Depresión	13,00 (4,72)	14,89 (4,04)	,59	,444	-1,51	,136
Síntomas generales	8,10 (5,11)	13,63 (7,06)	3,95	,052	-3,45***	,001
Síntomas cardiovasculares	3,27 (2,72)	5,32 (3,54)	2,02	,160	-2,46*	,017

Tabla 15. Análisis de las diferencias entre varones y mujeres con IC en todas las variables analizadas en el estudio. Notas: (1) ^o p<,10; * p<,05; ** p<,01; *** p<,001; (2) en negrita, la t significativas, y en cursiva las marginalmente significativas; (3) ^a los grados de libertad de la t, al no asumir varianzas iguales son 54,709.

Seguidamente, se realizaron análisis de varianza univariantes para cada una de las variables dependientes estudiadas, excepto la expresión de la ira y el

afrontamiento. Para mayor claridad, la presentación de los resultados se hará por grupos de variables en función de su naturaleza. En el Anexo 17 pueden consultarse las correspondientes pruebas de homogeneidad de las varianzas. En todos los casos, las varianzas fueron homogéneas (prueba de Levene), excepto en el análisis de los sucesos laborales o económicos. No obstante, aunque se viola este supuesto para la utilización del análisis de varianza, los N de los tres grupos de IC, aunque no idénticos (18 pacientes en los niveles 1 y 3 de IC, y 24 en el nivel 2) cumplen con el requisito de no superar el más numeroso en más de 1,5 veces al menos numeroso (ver Leech *et al.*, 2005 para una revisión), por lo que no sería del todo inadecuado aceptar el análisis de varianza como procedimiento de contraste, incluso en el caso de la variable mencionada.

En el análisis de la expresión de la ira y de las estrategias de afrontamiento se realizó un análisis de varianza mixto con dos factores, uno entre-sujetos (los niveles de gravedad de IC) y uno intra-sujetos o de medidas repetidas. En un caso, se trataba de la forma de expresión de la ira (3 niveles); y en el otro, el factor de medidas repetidas fue el tipo de estrategias utilizadas (5 niveles). Los análisis se complementaron con análisis univariantes de cada uno de los tipos de expresión de la ira y de las estrategias de afrontamiento para estudiar las interacciones significativas.

3.4.1. Recursos personales

Si nos fijamos en la Tabla 16, la única variable que presenta diferencias marginalmente significativas entre los grupos de IC es la *Autoeficacia*. Haciendo un análisis más pormenorizado de este dato encontramos una diferencia significativa entre los dos niveles extremos, presentando expectativas de competencia más altas los del grupo con un nivel de insuficiencia menor (1) frente al de mayor incapacidad física (3) [$F_{(1,36)} = 8,78$; $p < ,01$; $\eta^2_p = ,210$].

	Grupos IC	N	Media	Desviación típica	$F_{(2,60)}$	Sig.	η^2_p
Resiliencia	1	18	46,56	5,91	1,09	,345	,037
	2	24	47,29	7,45			
	3	18	44,06	9,94			
	Total	60	46,10	7,88			
Vulnerabilidad	1	18	14,11	5,81	,41	,670	,014
	2	24	16,38	6,98			
	3	18	16,06	5,60			
	Total	60	15,60	6,22			
Autoeficacia	1	18	32,89	7,03	2,87 ^o	,065	,093
	2	24	28,54	8,82			
	3	18	26,33	6,95			
	Total	60	29,18	8,08			

Tabla 16. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para los recursos personales (resiliencia, vulnerabilidad y autoeficacia). Notas: (1) ^o $p < ,10$; (2) en cursiva, la F marginalmente significativa; (3) $\eta^2_p =$ eta al cuadrado parcial

3.4.2. Recursos psicosociales

El sexo resultó significativo en el análisis de *Apoyo percibido*, mostrando las

mujeres un nivel de satisfacción mayor que los varones [$F_{(1,60)}=10,32$; $p<,002$; $\eta^2_p = ,156$]. En el caso de los grupos de IC no se encontraron diferencias significativas ni en apoyo percibido ni en número de acontecimientos negativos personales o familiares (Ver Tabla 17). Lo que sí se observa es una diferencia marginalmente significativa en el caso del *Estrés laboral* o económico. El grupo con una mayor incapacidad física (3) informa menos sucesos de este tipo que los grupos menos afectados por la IC, es decir, el 2 [$F_{(1,42)} = 4,71$; $p<,04$; $\eta^2_p = ,105$] y el 1 [$F_{(1,36)} = 5,30$; $p<,03$; $\eta^2_p = ,135$].

	Grupos IC	N	Media	Desviación típica	$F_{(2,60)}$	Sig.	η^2_p
Apoyo percibido	1	18	33,44	6,15	,98	,380	,034
	2	24	36,17	4,60			
	3	18	34,83	6,35			
	Total	60	34,95	5,66			
Estrés personal	1	18	3,22	3,08	,25	,779	,010
	2	24	3,88	2,89			
	3	18	3,44	2,68			
	Total	60	3,55	2,85			
Estrés laboral	1	18	2,50	3,48	2,29 ^o	,088	,109
	2	24	2,54	3,84			
	3	18	,50	1,20			
	Total	60	1,92	3,25			

Tabla 17. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para los recursos psicosociales (apoyo percibido, estrés personal y estrés laboral). Notas: (1) ^o $p<,10$; (2) en cursiva, la F marginalmente significativa; (3) η^2_p = eta al cuadrado parcial

Para profundizar en este resultado, analizamos mediante la prueba de Chi cuadrado (χ^2) las diferencias en actividad laboral en los distintos niveles de IC. En este sentido, y confirmando los datos del análisis anterior sobre los sucesos estresantes laborales, encontramos que el 81,7% de los pacientes no tiene

actividad laboral o está jubilado, mientras que el 18,3% sí trabaja. A su vez, de los que trabajan el 54,5% pertenece al nivel 1, y el 45,5% restante al nivel 2 de IC. En el nivel más discapacitante, el 3, no había ninguna persona con actividad laboral ($\chi^2 = 6,85, p < ,03$) (ver Tabla 18).

Grupos IC		Actividad laboral	
		Sin actividad laboral	Empleados
Grupo 1	N	12	6
	(% en el grupo de IC)	(66,7)	(33,3)
	(% en actividad laboral)	(24,5)	(54,5)
Grupo 2	N	19	5
	(% en el grupo de IC)	(79,2)	(20,8)
	(% en actividad laboral)	(38,8)	(45,5)
Grupo 3	N	18	0
	(% en el grupo de IC)	(100)	(0)
	(% en actividad laboral)	(36,7)	(0)
Total	N	49	19
	(% en el grupo de IC)	(81,7)	(18,3)

Tabla 18. Número y porcentaje de pacientes en los tres grupos de IC sin actividad laboral y empleados.

3.4.3. Expresión de ira

Se realizó un análisis de varianza mixto con dos factores, uno entre-sujetos, los niveles de IC, y otro intra-sujetos, las tres formas de expresión de la ira estudiadas. Los resultados mostraron un efecto principal significativo de la forma

de expresión de la ira [λ de Wilks: $F_{(2,55)} = 17,46$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,384$], pero no de los grupos de IC [$F_{(2,56)} = ,05$, $p = ,949$]. Es decir, que todos los sujetos, con independencia de su gravedad, puntuaban más alto en control de la ira, en segundo lugar en ira interiorizada y, finalmente, la forma menos utilizada de expresión de la ira era su exteriorización [$t_{(59)} \text{ control-in} = 3,87$; $t_{(59)} \text{ control-out} = 5,68$; $t_{(59)} \text{ in-out} = 3,74$; $p < ,001$]. No obstante, puede resultar interesante mencionar la interacción marginalmente significativa tipo de expresión de la ira por niveles de IC [λ de Wilks: $F_{(4,110)} = 2,08$, $p < ,089$, $\eta^2_p = ,070$], cuyos análisis más pormenorizados detallamos seguidamente.

	Grupos IC	N	Media	Desviación típica	$F_{(2,60)}$	Sig.	η^2_p
Ira in	1	18	2,17	,65	,08	,921	,003
	2	24	2,19	,57			
	3	18	2,31	,48			
	Total	60	2,22	,56			
Ira out	1	18	1,63	,43	3,33*	,043	,106
	2	24	1,94	,56			
	3	18	1,97	,61			
	Total	60	1,86	,55			
Control ira	1	18	2,88	,55	<i>2,94°</i>	,061	,095
	2	24	2,53	,62			
	3	18	2,49	,73			
	Total	60	2,62	,65			

Tabla 19. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para la expresión de ira (ira in, ira out y control ira).
Notas: (1) ° $p < ,10$; * $p < ,05$; (2) en negrita, la F significativa; y en cursiva, la F marginalmente significativa; (3) $\eta^2_p = \text{eta al cuadrado parcial}$

Así, en primer lugar, se comprobó en qué tipo de expresión de la ira se daban las diferencias. En el caso de la *Ira in*, si bien no había diferencias

significativas en función de los niveles de gravedad de IC, sí que aparecía una diferencia marginalmente significativa para el covariante, mostrando las mujeres una mayor tendencia a la represión e interiorización de la ira que los varones [$F_{(1,60)}=3,21$; $p<,07$; $\eta^2_p = ,054$].

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas entre los grupos con IC en *Ira out* o hacia fuera y, marginalmente significativas, en *Control de la ira*, aunque alcanzan la significación estadística requerida al tomar los grupos extremos. Así, el grupo con peor IC (3) presenta más ira hacia fuera [$F_{(1,36)} = 4,11$; $p<,05$; $\eta^2_p = ,111$] y menos control o canalización adecuada de su ira [$F_{(1,36)} = 4,47$; $p<,04$; $\eta^2_p = ,119$] que el grupo con el nivel menos patológico de IC (1).

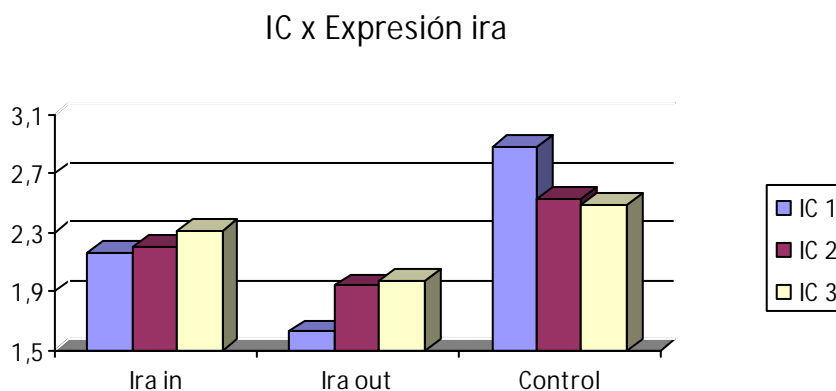


Figura 7. Representación gráfica de la interacción entre los niveles de IC y el tipo de expresión de la ira

De hecho, un análisis de dos factores, tomando por parte de la IC sólo los grupos extremos (1 y 3) y los dos tipos de expresión significativos (*Ira out* y *Control*), mostró una interacción estadísticamente significativa [λ de Wilks: $F_{(1,33)}$]

= 5,37, $p < ,027$, $\eta^2_p = ,140$], indicando que cuando la gravedad es mayor, aumenta la expresión hacia fuera de la ira, y disminuye el control o la adecuada canalización de estos sentimientos emocionales negativos. A este resultado se uniría esa tendencia a la mayor represión e internalización de la ira que se produce en las mujeres.

3.4.4. Estrategias de afrontamiento

Se realizó un análisis de varianza mixto con dos factores, uno entre-sujetos, los niveles de IC, y otro intra-sujetos, los cinco tipos de estrategias de afrontamiento medidas. Los resultados mostraron un efecto principal significativo del tipo de afrontamiento [λ de Wilks: $F_{(4, 53)} = 25,76$, $p < ,001$, $\eta^2_p = ,656$], pero no de los grupos de IC [$F_{(2/56)} = ,02$, $p = ,984$]. En este sentido, tomada la muestra globalmente, las estrategias más utilizadas serían primero las activas que se utilizarían más que las emocionales positivas [$t_{(59)} = 3,31$; $p < ,01$], las creencias religiosas [$t_{(59)} = 3,12$; $p < ,01$], o las emocionales negativas [$t_{(59)} = 8,66$; $p < ,001$], aunque al mismo nivel que la búsqueda de apoyo [$t_{(59)} = ,89$; $p = ,374$]. A su vez, el apoyo se utiliza más que las estrategias emocionales positivas [$t_{(59)} = 2,06$; $p < ,05$], la religión [$t_{(59)} = 3,38$; $p < ,001$], y las emocionales negativas o desadaptativas [$t_{(59)} = 8,68$; $p < ,001$]. En tercer lugar estarían las estrategias emocionales adaptativas que se utilizan al mismo nivel que las creencias religiosas [$t_{(59)} = 1,51$; $p = ,137$], y se recurriría más a ambas que a las emocionales negativas, las menos utilizadas de todas [$t_{(59)} \text{emoc.pos.} - \text{emoc.neg.} = 7,43$; $t_{(59)} \text{religión} - \text{emoc.neg.} = 3,69$; $p < ,001$].

De todas formas, es especialmente destacable la interacción significativa tipo de afrontamiento por niveles de IC [λ de Wilks: $F_{(8,106)} = 3,10$, $p < ,023$, $\eta^2_p = ,187$]. En este sentido, como puede comprobarse en la Tabla 20, se obtuvieron diferencias significativas en la utilización de estrategias de carácter *Activo*. Así, el grupo con nivel 1 de IC utilizaba en mayor medida estrategias de planificación y centradas en el problema que los grupos con una IC más avanzada, tanto en el caso del grupo 2 [$F_{(1,42)} = 4,02$; $p < ,05$; $\eta^2_p = ,091$] , como del 3 [$F_{(1,36)} = 7,88$; $p < ,01$; $\eta^2_p = ,188$].

Afrontamiento	Grupos IC	N	Media	Desviación típica	$F_{(2,60)}$	Sig.	η^2_p
Activo	1	18	2,28	,62	3,41*	,040	,109
	2	24	1,85	,72			
	3	18	1,61	,80			
	Total	60	1,91	,75			
Emocional positivo	1	18	1,66	,63	,33	,720	,012
	2	24	1,54	,63			
	3	18	1,61	,58			
	Total	60	1,60	,61			
Emocional negativo	1	18	,85	,50	,44	,649	,015
	2	24	,92	,56			
	3	18	,98	,41			
	Total	60	,92	,49			
Apoyo	1	18	1,54	,92	,94	,399	,032
	2	24	1,88	,73			
	3	18	1,94	,53			
	Total	60	1,80	,75			
Religión	1	18	1,08	1,09	,26	,774	,009
	2	24	1,46	,93			
	3	18	1,56	1,14			
	Total	60	1,37	1,04			

Tabla 20. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para las estrategias de afrontamiento. Notas: (1) * $p < ,05$; (2) en negrita, la F significativa; (3) $\eta^2_p =$ eta al cuadrado parcial

Como puede apreciarse en la Figura 8 donde se recoge la interacción entre el tipo de afrontamiento y los niveles de IC, mientras las estrategias activas disminuyen significativamente a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad, el resto de estrategias (excepto las emocionales positivas en las que no se producen cambios) ve favorecido su uso conforme los niveles de IC son más discapacitantes. Así, parece aumentar la utilización de estrategias emocionales negativas, la búsqueda de apoyo social, o los pensamientos religiosos. Este último resultado es especialmente relevante en el caso de las mujeres, dada la significación obtenida en el covariante al analizar este tipo de afrontamiento [$F_{(1,60)}=5,72$; $p<,02$; $\eta^2_p = ,093$].

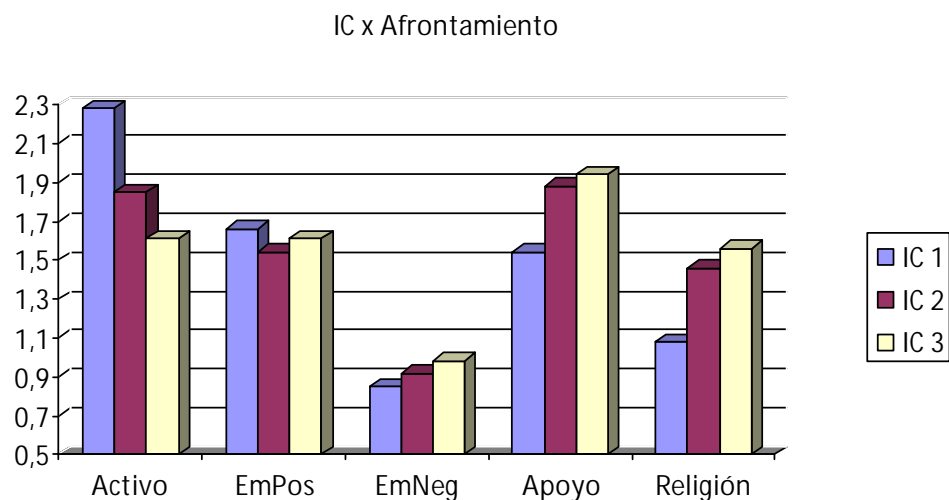


Figura 8. Representación gráfica de la interacción entre los niveles de IC y los tipos de afrontamiento utilizados.

3.4.5. Salud psicológica

El sexo mostró una diferencia marginalmente significativa en el análisis del *Índice*

de bienestar, indicando que las mujeres tendían a informar un bienestar más bajo que los varones [$F_{(1,60)}=3,20$; $p<,08$; $\eta^2_p = ,054$]. Por otra parte, como puede observarse en la Tabla 21, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de IC en la variable *Depresión*. El grupo 1, con IC más favorable, presentaba menos estado de ánimo depresivo que los grupos 2 [$F_{(1,42)} = 9,06$; $p<,005$; $\eta^2_p = ,185$] y 3 [$F_{(1,36)} = 7,35$; $p<,01$; $\eta^2_p = ,178$].

	Grupos IC	N	Media	Desviación típica	$F_{(2,60)}$	Sig.	η^2_p
Índice bienestar	1	18	29	12,14	,52	,598	,018
	2	24	24,12	12,30			
	3	18	22,28	14,02			
	Total	60	25,03	12,87			
Ansiedad	1	18	12,06	4,69	,69	,507	,024
	2	24	13,46	3,97			
	3	18	14,33	4,46			
	Total	60	13,30	4,36			
Depresión	1	18	10,89	3,88	4,26*	,019	,132
	2	24	15	4,72			
	3	18	14,44	3,99			
	Total	60	13,60	4,57			

Tabla 21. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para la salud percibida. Notas: (1) * $p<,05$; (2) en negrita, la F significativa; (3) $\eta^2_p = \eta^2$ al cuadrado parcial

3.4.6. Síntomas informados

Se encontraron diferencias significativas en función del sexo en sintomatología general [$F_{(1,60)}=7,12$; $p<,01$; $\eta^2_p = ,113$], y próximo a la significación en el caso de la sintomatología cardiovascular [$F_{(1,60)}=3,19$; $p<,08$; $\eta^2_p = ,054$], en ambos casos

a favor de un mayor informe de malestar físico por parte de las mujeres.

Por otra parte, se encuentran diferencias entre los grupos de IC tanto en *Síntomas generales* como en los *cardiovasculares* (Ver Tabla 22). En ambos casos, el grupo con un nivel de IC más avanzado informa padecer más síntomas tanto generales [$F_{(1,36)} = 7,01$; $p < ,01$; $\eta^2_p = ,171$], como específicamente cardiovasculares [$F_{(1,36)} = 5,75$; $p < ,02$; $\eta^2_p = ,145$] que el grupo con nivel 1 de IC, o menos discapacitante.

	Grupos IC	N	Media	Desviación típica	$F_{(2,60)}$	Sig.	η^2_p
Síntomas generales	1	18	7	5,69	4,20*	,020	,129
	2	24	9,79	5,02			
	3	18	12,78	7,31			
	Total	60	9,85	6,29			
Síntomas cardiovasculares	1	18	2,83	2,71	3,23*	,047	,102
	2	24	3,67	2,84			
	3	18	5,33	3,49			
	Total	60	3,92	3,13			

Tabla 22. Análisis de varianza del factor Insuficiencia Cardíaca (con los niveles 1 a 3, correspondientes a la clasificación NYHA) para los síntomas percibidos (síntomas generales y síntomas cardiovasculares). Notas: (1) * $p < ,05$; (2) en negrita, las F significativas; (3) $\eta^2_p = \text{eta al cuadrado parcial}$

3.4.7. Resumen

Hemos analizado las distintas variables dentro de la muestra clínica, es decir dentro del grupo formado por personas que tienen Insuficiencia Cardíaca, el cual a su vez tiene 3 niveles de gravedad.

Se ha tenido en cuenta, por una parte, el efecto del sexo debido a la importancia de las diferencias en función del género en muchas de las variables. Sin embargo, al estar las mujeres poco representadas en las tres categorías de niveles de gravedad de IC, se decidió incluir esta variable como covariante. Por otro lado, se han estudiado los efectos principales del factor gravedad de la Insuficiencia Cardíaca.

Respecto a los efectos significativos del sexo podemos decir que las mujeres, comparadas con los varones, muestran o perciben un mayor apoyo, tienden a interiorizar la ira, es decir, a reprimir sus sentimientos de irritabilidad, utilizan más estrategias de afrontamiento centradas en las creencias religiosas, e informan un bienestar subjetivo más bajo, así como un mayor malestar físico.

En relación a los efectos principales del factor IC, el grupo con una insuficiencia más grave (nivel 3), presenta una menor autoeficacia, es decir, una menor confianza en la capacidad para solventar las situaciones de estrés, que el grupo menos grave, e informa más depresión que el resto de los grupos con IC. Finalmente este grupo con más gravedad, como era de esperar, informa más síntomas generales y de tipo cardiovascular que el grupo menos grave (nivel 1), y señala que le han sucedido menos acontecimientos estresantes de tipo laboral, que como hemos comprobado, obedece a que no están desempeñando una vida laboral activa.

Con respecto a la expresión de la ira, todos los grupos de pacientes utilizan en mayor medida el control de la ira, después su represión, y finalmente su

manifestación hacia fuera. Pero también se encontró que a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad, disminuye la adecuada canalización de los sentimientos de irritabilidad (control ira), y aumenta su experiencia exteriorizada (ira out). En el caso de las mujeres, también hay más represión de la ira o interiorización de estos sentimientos de irritabilidad.

Respecto a la forma de afrontar el estrés se encontró que a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad disminuye significativamente la utilización de las estrategias activas o de solución de problemas, mientras que parecen aumentar las estrategias de búsqueda de apoyo, las emocionales negativas, o el uso de las creencias religiosas, estas últimas, especialmente en las mujeres.

Por último, en todos los análisis de este apartado se calcularon los tamaños de los efectos encontrados. Para ello, se utilizó el cálculo de la eta al cuadrado parcial (η^2_p). En las F estadísticamente significativas correspondientes a los efectos principales del factor de IC, el valor de η^2_p osciló en un rango entre ,106 para la Ira exteriorizada y ,132 para la Depresión. Los valores de eta, por tanto, se moverían entre ,32 y ,36, es decir, efectos considerados como de tamaño medio (Cohen, 1988; Leech *et al.*, 2005). Y más aún, cuando se analizaba entre qué grupos era significativa dicha diferencia, los contrastes entre los dos más extremos (1 y 3) llegaban a tener efectos de ,188 para las estrategias de afrontamiento activo o de ,210 para la autoeficacia percibida, es decir, valores de eta de ,43 y ,46, respectivamente, que podrían considerarse de un tamaño importante, según se ha comentado en apartados previos.

3.5. FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD PSICOLÓGICA

Una vez analizadas las relaciones entre el sexo y el grupo clínico y control, y de haber profundizado en los niveles de IC para las distintas variables consideradas en el estudio, queremos aportar un análisis más global que nos permita poner en relación, de manera conjunta, los distintos factores psicosociales analizados y la salud o adaptación psicológica. Para ello utilizamos el análisis de regresión.

Lo primero que hicimos fue comprobar las relaciones entre los tres criterios incluidos en la investigación para evaluar la salud psicológica: el bienestar subjetivo, la ansiedad y la depresión. Encontramos una correlación entre ansiedad y depresión de $-.57$ ($p < .001$), entre ansiedad y bienestar de $-.51$ ($p < .001$), y entre bienestar y depresión de $-.57$ ($p < .001$). De acuerdo con los requisitos necesarios para aplicar el análisis de regresión, correlaciones superiores a $.50$ o $.60$ pueden ocasionar problemas de multicolinealidad, aconsejando o su consideración conjunta en una única variable, o tomar sólo una de ellas.

Para elegir la variable criterio más informativa, realizamos la correlación entre todas las variables del estudio y las tres medidas relacionadas con bienestar o malestar psicológico (ver Tabla 23). En este sentido, el índice de bienestar, que incluye tanto la satisfacción con la vida como el balance entre el afecto positivo y negativo, resulta ser la variable más relacionada con los aspectos psicosociales medidos. Así por ejemplo, correlaciona con autoeficacia y resiliencia, mientras que ansiedad y depresión no lo hacen. Y, de cara a su inclusión en el análisis de regresión el coeficiente más alto es de $.44$, inferior a $.50$.

r_{xy}	Ansiedad	Depresión	Índice bienestar
Resiliencia	-,063	-,17	,35***
Vulnerabilidad	,40***	,36***	-,42***
Autoeficacia	-,07	-,16	,39***
Apoyo percibido	-,30***	-,20*	,43***
Estrés personal	,06	,13	,02
Estrés laboral	-,04	-,05	,14
Ira in	,29***	,32***	-,24**
Ira out	,33***	,25**	-,24**
Control ira	-,26**	-,25**	,44***
Afr. Activo	-,27**	-,28**	,43***
Afr. Emocional Positivo	-,16	-,22*	,34***
Afr. Emocional Negativo	,41***	-,22*	-,29***
Afr. Búsqueda Apoyo	,01	-,02	,09
Afr. Religión	,29**	,22*	-,25**

Tabla 23. Correlaciones entre los factores psicosociales y la salud psicológica en la muestra total (N = 120). Notas: (1) * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; (2) en negrita, las r_{xy} significativas

Por otra parte, en la medida en que la muestra se compone de 120 participantes, sería aconsejable utilizar menos de 12 variables predictoras. Una posibilidad para seleccionar las variables es incluir en el análisis sólo las que se relacionan significativamente con el criterio. En este caso, quedarían excluidos los sucesos vitales negativos personales y laborales, y el afrontamiento de búsqueda de apoyo, con lo que serían, inicialmente, 11 variables predictoras. Por otra parte, habría que tener en cuenta que en los distintos análisis realizados a lo largo de la

investigación el sexo ha tenido un papel especialmente protagonista, por lo que debería ser considerado también en estos análisis. Para ello se tomó como una variable dicotómica (*dummy*) donde ser mujer valdría 1, y no serlo (o ser varón) valdría 0, y se realizó un análisis de regresión jerárquico.

En el primer modelo entraría sólo el sexo, y en el segundo, el resto de las variables psicosociales que los análisis revelaron de interés y que, globalmente, arrojaron una varianza explicada conjunta del 63%. Este modelo incluía las variables de resiliencia, vulnerabilidad, autoeficacia, apoyo, ira in, control de la ira y afrontamiento activo. Se comprobó (ver Tabla 24) que no hubiera entre estas variables predictoras efectos de colinealidad, comprobando que su nivel de tolerancia fuera superior a $1 - R^2$ corregida, o lo que es lo mismo, índices superiores a ,37. Como puede verse en la Tabla 24, todas las variables cumplían con el criterio, superando el diagnóstico de colinealidad.

El análisis de regresión jerárquico arrojó un primer modelo significativo [$F_{(1,119)} = 12,78; p < ,001$] que explicaba el 9% de la varianza; y un segundo modelo también significativo [$F_{(8,119)} = 26,14; p < ,001$], responsable del 63% de la varianza antes mencionado, lo que suponía un incremento con respecto a la consideración únicamente del sexo, del 54%. Los resultados indican que una alta percepción de autoeficacia y de resiliencia, sentirse poco vulnerable, controlar la ira y no interiorizarla o suprimirla, además de afrontar las situaciones de forma activa y directa, y percibir que el apoyo social que uno recibe es adecuado,

favorecen un mayor bienestar psicológico, es decir, una mayor satisfacción con la vida, y un adecuado balance entre la afectividad positiva y negativa. A estos datos habría que añadir que la relación de estos factores con el bienestar se potencia en los varones. El valor de la R^2 ajustada supondría, según Cohen (1988), un efecto altamente considerable (*very large*).

Modelo 1	β	t	Diagnóstico de colinealidad		$F_{(1,119)}$	R^2
			Tolerancia	VIF		
Sexo	-,31	-3,58	1,00	1,00	12,78***	,09
Modelo 2					$F_{(1,119)}$	
Sexo	-,24***	-3,93	,83	1,21	26,14***	,63
Resiliencia	,27***	4,56	,91	1,10		
Vulnerabilidad	-,27***	-4,16	,77	1,30		
Autoeficacia	,20**	3,13	,77	1,30		
Apoyo percibido	,27***	4,21	,78	1,28		
Ira in	-,12*	-1,98	,65	1,54		
Control ira	,20**	3,03	,84	1,19		
Afront. Activo	,15*	2,09	,69	1,45		

Tabla 24: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en la muestra total (N=120).
Notas: (1) * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; (2) el valor de R^2 es el ajustado

Aunque este análisis nos muestra qué variables son relevantes en la muestra total, y nos indica que en las mujeres este modelo podría ser menos representativo, pensamos que sería importante profundizar en el análisis de cada sexo por separado, viendo qué factores eran los que predecían en mayor medida la salud psicológica.

En ambos sexos tenemos un N que no aconsejaría utilizar más de 5-6 variables predictoras. En el caso de las *mujeres* las variables finalmente incluidas, de las utilizadas en el análisis anterior, y que arrojan un modelo con una varianza explicada del 45%, quedan recogidas en la Tabla 25. El análisis mostró una F significativa [$F_{(5,63)}=11,23$; $p<,001$] que indica que esta combinación de variables predice significativamente el criterio medido.

Además, todas las variables predictoras cumplen con el criterio exigido de tolerancia que, en este análisis, sería de ,55 (resultado de restar a 1 el valor de la R^2 corregida, igual a ,45]. Los resultados indican que en las mujeres, una alta percepción de autoeficacia y de resiliencia, sentirse poco vulnerables y controlar adecuadamente los sentimientos de ira, junto con la tendencia a la percepción de apoyo satisfactorio, favorecen un mayor bienestar psicológico. El tamaño del efecto encontrado sería importante (*large*) de acuerdo con Cohen (1988).

Mujeres	β	t	Diagnóstico de colinealidad		$F_{(5,55)}$	R^2
			Tolerancia	VIF		
Resiliencia	,31**	3,12	,91	1,10	11,23***	,45
Vulnerabilidad	-,32**	-3,28	,90	1,11		
Autoeficacia	,31**	3,17	,92	1,09		
Apoyo percibido	,17°	1,77	,91	1,10		
Control ira	,36***	3,71	,92	1,08		

Tabla 25: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo de mujeres (N=64).
Notas: (1) ° $p<,10$; ** $p<,01$; *** $p<,001$; (2) el valor de R^2 es el ajustado

En los *varones*, por su parte, las variables finalmente incluidas arrojaron un modelo significativo [$F_{(5,55)}=30,97$; $p<,001$] con una varianza explicada del 73%, de acuerdo con la R^2 ajustada (ver Tabla 26). De nuevo se cumplió que los predictores no tuvieran efecto de colinealidad (índice de tolerancia mayor de ,27). Según estos datos, el bienestar vendría asociado a mayor presencia de resiliencia, mayor percepción de apoyo, utilización de estrategias activas para afrontar los problemas, menor vulnerabilidad, y tendencia a sentirse capaz de superar las dificultades. En este caso, el tamaño del efecto encontrado sería muy relevante (*very large*) de acuerdo con Cohen (1988).

Varones	β	t	Diagnóstico de colinealidad		$F_{(5,55)}$	R^2
			Tolerancia	VIF		
Resiliencia	,28***	3,71	,78	1,29	30,97***	,73
Vulnerabilidad	-,31***	-3,86	,83	1,21		
Autoeficacia	,14°	1,78	,80	1,26		
Apoyo percibido	,45***	5,46	,86	1,16		
Afront. Activo	,21**	2,72	,73	1,38		

Tabla 26: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo de varones (N=56).
Notas: (1) ° $p<,10$; ** $p<,01$; *** $p<,001$; (2) el valor de R^2 es el ajustado

Lo que diferencia fundamentalmente a los hombres de las mujeres es el mayor peso que el apoyo percibido tiene para los primeros, mientras que para ellas parece más importante de cara al bienestar tener un adecuado manejo y control de la ira. Un segundo aspecto a destacar sería que mientras en los varones adquiere más importancia la utilización de estrategias activas de afrontamiento para hacer frente a los problemas; en las mujeres el bienestar se asocia con una percepción de competencia general ante las dificultades.

De la misma forma que hemos analizado las variables en función del sexo, sería interesante hacer una consideración conjunta de los distintos factores psicosociales analizados teniendo en cuenta el grupo al que pertenecen los participantes, es decir, el grupo control y el grupo con insuficiencia cardíaca (IC).

A partir de los resultados obtenidos hasta ahora, con la muestra total y por sexos, optamos por realizar un análisis de regresión jerárquico donde en el primer modelo entraría sólo el sexo, en el segundo, las variables psicosociales que hemos visto relevantes en los análisis previos, y en el tercero, añadimos el malestar emocional, como una variable especialmente interesante para contrastar las posibles diferencias entre los participantes de la muestra con IC y de la muestra control, ya que como hemos revisado en la literatura, los aspectos emocionales, especialmente la depresión, o en nuestro caso, los síntomas depresivos, pueden ser relevantes en el estudio del pronóstico de la ECV, en general, y de la IC en particular. En la Tabla 27 se recogen las correlaciones entre las variables psicosociales y los síntomas de malestar con el bienestar percibido para ambos grupos, IC y control.

r_{xy}	Índice bienestar	
	Grupo IC	Grupo Control
Resiliencia	,44***	,28*
Vulnerabilidad	-,52***	-,32*
Autoeficacia	,24°	,51***
Apoyo percibido	,42***	,45***
Ira in	-,23°	-,26*
Ira out	-,29*	-,20
Control ira	,52***	,35**
Afr. Activo	,53***	,31*
Ansiedad	-,46***	-,55***
Depresión	-,65***	-,47***

Tabla 27. Correlaciones entre los factores psicosociales y el malestar emocional con el índice de bienestar para el grupo con IC (N = 60) y el grupo control (N = 60). Notas: (1) ° $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; (2) en negrita, las r_{xy} significativas

En el *grupo control*, vimos que la variable más relevante de las dos consideradas en el malestar emocional era la ansiedad. En la Tabla 28 pueden verse los datos que indican que no hay efecto de multicolinealidad entre los predictores considerados, con un índice de tolerancia en todos los casos superior a ,46 en el modelo 2 [1 - ,54] y a ,37 en el modelo 3 [1 - ,63].

Los datos del análisis muestran un efecto significativo en el primer modelo del sexo [$F_{(1,59)} = 9,86$; $p < ,01$], que explica un 13% de la varianza, y que muestra que el bienestar se asocia en mayor medida con ser varón. El segundo modelo [$F_{(6,59)} = 12,32$; $p < ,001$] explicaría un 54% de la varianza, con lo que supone un incremento del 41% con respecto a lo explicado únicamente por el sexo.

El modelo final [$F_{(7,59)}=15,31$; $p<,001$] explicaría un 63% del bienestar, lo que supone un nuevo incremento de un 9% sobre el modelo anterior. Este modelo final indicaría que en este grupo, el sexo pierde su significación, asociándose el bienestar con mayor resiliencia, autoeficacia, percepción de apoyo y control de los sentimientos de ira, junto con menor percepción de vulnerabilidad y menor ansiedad. El efecto de este análisis (63%) sería considerado como muy relevante, de acuerdo con Cohen (1988).

	β	t	Diagnóstico de colinealidad		$F_{(1,59)}$	R^2
			Tolerancia	VIF		
Sexo	-,38**	-3,14	1,00	1,00	9,86**	,13
Modelo 2					$F_{(6,59)}$	
Sexo	-,17	-1,78	,85	1,18	12,32***	,54
Resiliencia	,24*	2,40	,80	1,25		
Vulnerabilidad	-,28**	-2,98	,90	1,11		
Autoeficacia	,32**	3,15	,79	1,26		
Apoyo percibido	,26**	2,78	,87	1,15		
Control ira	,24*	2,46	,86	1,17		
Modelo 3					$F_{(7,59)}$	
Sexo	-,06	-,63	,76	1,32	15,31***	,63
Resiliencia	,28**	3,08	,79	1,27		
Vulnerabilidad	-,21*	-2,47	,86	1,17		
Autoeficacia	,32***	3,57	,79	1,26		
Apoyo percibido	,18*	2,07	,82	1,22		
Control ira	,20*	2,26	,84	1,19		
Ansiedad	-,35***	-3,80	,73	1,38		

Tabla 28: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo control (N=60).
 Notas: (1) * $p<,05$; ** $p<,01$; *** $p<,001$; (2) el valor de R^2 es el ajustado

En el análisis del *grupo clínico o con IC* comprobamos que, por parte del malestar emocional, la variable más relevante era el estado de ánimo depresivo, que fue el predictor incluido en el tercer modelo. Como en los análisis anteriores se comprobó que no hubiera efectos de solapamiento entre las variables a partir del índice de tolerancia ($1 - R^2$), superando todas las variables el nivel adecuado de ,31 en el modelo 2 y de ,28 en el modelo 3.

Modelo 1	β	t	sig	Diagnóstico de colinealidad		$F_{(1,59)}$	sig	R^2
				Tolerancia	VIF			
Sexo	-,28*	-2,24	,029	1,00	1,00	5,03*	,029	,06
Modelo 2						$F_{(5,59)}$		
Sexo	-,33***	-3,72	,001	,69	1,44	26,81***	,001	,69
Resiliencia	,29***	3,69	,001	,86	1,16			
Vulnerabilidad	-,32***	-3,80	,001	,74	1,34			
Apoyo percibido	,34***	3,58	,001	,61	1,65			
Afront. Activo	,35***	4,58	,001	,90	1,11			
Modelo 3						$F_{(6,59)}$		
Sexo	-,29***	-3,43	,001	,68	1,48	25,88***	,001	,72
Resiliencia	,24**	3,19	,002	,82	1,22			
Vulnerabilidad	-,26**	-3,10	,003	,69	1,46			
Apoyo percibido	,31***	3,42	,001	,60	1,68			
Afront. Activo	,28***	3,54	,001	,78	1,28			
Depresión	-,22*	-2,61	,012	,64	1,57			

Tabla 29: Análisis de regresión múltiple sobre Bienestar percibido en el grupo IC (N=60). Notas: (1) * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; (2) el valor de R^2 es el ajustado

El análisis de regresión jerárquico mostró un primer modelo significativo [$F_{(1,59)} = 5,03$; $p < ,05$] indicando que el bienestar era menor en las mujeres que en

los varones, que explicaba un 6% de la varianza. El segundo modelo [$F_{(5,59)} = 26,81$; $p < ,001$] daba cuenta de un 69% de la varianza, lo que supone un incremento del 63% sobre lo explicado únicamente por el sexo. Finalmente, el tercer modelo que añadía la depresión como predictor [$F_{(6,59)} = 25,88$; $p < ,001$] era responsable del 72% de la varianza, lo que sería un efecto altamente significativo. Según este modelo, el bienestar subjetivo en los pacientes con IC se asociaría con mayor resiliencia y percepción de apoyo social, menor vulnerabilidad y estado de ánimo depresivo, y utilización de estrategias activas de afrontamiento, siendo este modelo especialmente significativo en el caso de los varones.

Comparando los dos análisis podemos señalar que en ambos grupos, la percepción de resiliencia y de baja vulnerabilidad, junto con la consideración de que uno tiene un adecuado apoyo social (mayor relevancia en el grupo con IC), son predictores que se asocian significativamente con el bienestar percibido. En cuanto a las diferencias, en el grupo control, pierde peso el sexo, a nivel emocional adquiere más relevancia experimentar baja ansiedad, así como una percepción general de competencia ante los problemas. Sin embargo, en el grupo clínico o con IC, se informa menor bienestar cuando la depresión es mayor y además se es mujer; adquiriendo un papel más importante las estrategias de afrontamiento centradas en la situación o problema, frente a la percepción más general de competencia que, como hemos indicado, resultó más significativa para el grupo control.

4. DISCUSIÓN

El **objetivo principal** de la presente investigación ha sido profundizar en el estudio de las características psicológicas que pudieran ser relevantes en la Insuficiencia Cardíaca (IC), habiendo encontrado que comparten características muy importantes para la adaptación a la enfermedad crónica, con las personas sanas o sin esta enfermedad, al tiempo que presentan algunos aspectos distintos vinculados con las estrategias de afrontamiento y algunas emociones, que de ser adecuadamente tratadas pudieran ser favorables para una mayor calidad de vida.

Dentro de los objetivos parciales, con respecto al **primer objetivo**, comparar personas que tenían IC con personas que no tenían esta enfermedad ni cualquier otra cardiopatía severa, los resultados obtenidos no se corresponden en su totalidad con lo informado por la literatura.

Así nuestra *hipótesis número 1* sobre si las personas con Insuficiencia Cardíaca podrían tener menor número de recursos personales que las personas sin esta enfermedad u otras patologías relacionadas, parece que no se cumple, y que no se diferencian ni a la hora de superar las adversidades, ni en la capacidad para llevar a cabo una conducta específica, así como en la vulnerabilidad ante el estrés. Además tampoco se diferencian en la percepción que tienen del apoyo social, así como en el malestar emocional que pueden sentir, no corroborando de esta forma nuestras *hipótesis número 2 y 4*, todo lo cual hace ver que tienen todos estos recursos conservados al mismo nivel de las personas que no padecen esta enfermedad. También es necesario recordar que no hemos tomado la clase

funcional IV, posiblemente hospitalizados en su totalidad, lo que podría haber cambiado algunos de nuestros resultados.

No obstante, encontramos que las personas enfermas de IC tienen una mayor tendencia a reprimir la ira que las personas sin esta enfermedad, cumpliéndose así la *hipótesis número 3*. Hasta ahora la evidencia empírica en lo que respecta a la implicación diferencial de las distintas formas de expresión de la ira en su relación con la EC no era del todo clara (Sandín *et al.*, 2008). Por otra parte, sí se diferencian en el autoinforme que hacen tanto de los síntomas generales, como los propios de la enfermedad, siendo mayor número como era de esperar en el grupo con IC, coincidiendo con los resultados obtenidos en trabajos previos (Hernández, 2001) y cumpliéndose así la *hipótesis número 5*.

Además otros aspectos interesantes que hemos encontrado han sido los recogidos a continuación.

Así como en el grupo control no hay diferencias en la percepción que tienen hombres y mujeres del apoyo social, en el grupo IC sí que las hay en el caso de las mujeres, estando éstas más satisfechas con el apoyo que reciben, lo cual pudiera ser porque al sentirse más incapacitadas por la enfermedad, no pueden ofrecer el apoyo que están acostumbradas a dar en situaciones normales, siendo esa percepción del apoyo social un reflejo del agradecimiento que sienten al recibirlo en vez de darlo como hacen habitualmente. Este sería un aspecto interesante a comprobar en futuras investigaciones. Además las mujeres informan de un mayor malestar emocional y menor bienestar subjetivo que los varones,

dándose estas características también cuando las mujeres padecen de IC (Pérez-García, Ruiz, Sanjuán y Rueda, 2010) siendo sus niveles de ansiedad y depresión también mayores que en los varones, con la particularidad añadida de que cuando están enfermas interiorizan además la ira más que los varones, por lo que según los datos, se cumple la **hipótesis 6** del segundo objetivo planteado, además de seguir la línea de algunas investigaciones realizadas sobre el tema propuesto (Scuteri *et al.*, 2001).

Otro resultado interesante, es cómo en el grupo control se hace más uso de las estrategias de afrontamiento emocionales, ya sean adaptativas o desadaptativas que en el grupo IC. Sin embargo en aquellas estrategias que sí son importantes para el manejo de la enfermedad como es el afrontamiento activo, o las estrategias de búsqueda de apoyo, no hay diferencias entre el grupo control y el grupo IC.

Respecto al **segundo objetivo**, analizar la influencia del sexo en todas estas variables, los resultados apuntan en la dirección prevista y prácticamente podría decirse que se cumplen todas nuestras hipótesis. Efectivamente y siguiendo lo informado por la literatura (Olivari y Barra, 2005), nuestros resultados expresan que los varones tienden a utilizar en general más los recursos personales que las mujeres, sintiéndose más capaces a la hora de abordar situaciones complejas. Además tienden a percibirse menos vulnerables ante las dificultades, debido tal vez a la consideración que tienen sobre su valía personal, lo cual está en concordancia también con algunos estudios de la literatura (Matud, 2008).

Tomando ambos resultados de forma conjunta, podría decirse que los varones parecen tener una mayor percepción de eficacia, mientras tal vez las mujeres se sienten más abrumadas por los acontecimientos que no pueden dominar y más afectadas a nivel emocional, sintiéndose más vulnerables y corroborando así las investigaciones realizadas recientemente (Saavedra y Villalta, 2008). De esta forma se cumple prácticamente la *hipótesis número 7*, con la salvedad de que no hay diferencias en resiliencia, es decir, en la capacidad de modificar su nivel característico de autocontrol, en cualquier dirección, en función de las demandas del entorno, para mantener o aumentar su equilibrio y adaptación a las situaciones.

En cuanto a la tendencia en el uso de estrategias para el afrontamiento del estrés hemos encontrado, si hacemos el análisis intragrupo y viendo el perfil utilizado por cada uno de los sexos, que las mujeres recurren por igual al afrontamiento activo, búsqueda de apoyo y religión, y en menor medida al manejo emocional adaptativo y desadaptativo. Sin embargo el perfil en varones es distinto, utilizando en primer lugar el afrontamiento activo, lo que puede hacerles algo más racionales en el manejo de las situaciones conflictivas, siendo la menos utilizada por ellos la religión (Matud, 2008). Por otra parte respecto a las comparaciones entregupo, es decir, comparaciones en el uso de cada estrategia en función del sexo, las mujeres recurren más a la búsqueda de apoyo y a la religión, no diferenciándose ni en el afrontamiento activo, así como en estrategias de manejo emocional, ya sean adaptativas o desadaptativas con respecto a los varones. Este resultado confirma parcialmente la *hipótesis número 8* en referencia

al análisis intragrupo, puesto que si bien los varones utilizan en mayor medida el afrontamiento centrado en el problema tal y como plantea nuestra hipótesis, en cambio las mujeres no recurren más a estrategias de búsqueda de apoyo o basadas en aspectos religiosos o espirituales, sino que según los resultados, utilizan todas ellas en igual medida. Además parece ser que sí hay algunas diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando comparamos hombres y mujeres, concretamente éstas recurren más a la búsqueda de apoyo y a la religión que los varones, no concordando este resultado con el estudio citado de Brink y colaboradores (2002) en nuestra hipótesis. No obstante debido a la escasez de estudios de estos aspectos en las ECV, sería recomendable futuros estudios que puedan examinar dichas variables con más detenimiento.

También se cumple nuestra **hipótesis número 9** sobre que las mujeres informan de un mayor malestar emocional, con elevados niveles de ansiedad y depresión, a la vez que sienten un menor bienestar que los varones (Mc Gee *et al.*, 2000, Rueda y Pérez-García, 2006, Shumaker *et al.*, 1997; Usall I Rodié, 2001; Wiklund *et al.*, 1993). Podría investigarse en un futuro si estos aspectos emocionales, pudieran estar vinculados con el hecho de recurrir más a la búsqueda de apoyo y a la religión, puesto que nuestros resultados muestran una correlación significativa positiva entre ansiedad, depresión y estas estrategias de afrontamiento, y negativa con bienestar subjetivo. De la misma forma obtenemos que éstas informan de un mayor número de síntomas tanto generales, como de tipo cardiovascular, coincidiendo también con los resultados de los estudios en la

literatura (Falcoz *et al.*, 2006) y cumpliéndose a su vez la **hipótesis 10** (Ramírez, Esteve y López, 2001).

Por otra parte, hemos estudiado la muestra clínica, para poder analizar nuestro **tercer objetivo**, o sea, comparar sujetos con distinto grado de IC, observando diferencias entre ellos, psicológicas y psicosociales, obteniendo así cierto conocimiento de la evolución de la enfermedad, en cuanto a la gravedad de la misma, desde el punto de vista psicológico. Debido a la escasez de estudios en la literatura sobre esta cuestión, hemos planteado una serie de preguntas de investigación para poder hallar unos primeros resultados, que tendrán que tomarse con precaución y ser replicados de nuevo en futuras investigaciones.

Así si nos centramos en la **hipótesis número 11**, según nuestros resultados ésta se cumple parcialmente. Parece que efectivamente el grupo más grave o con mayor incapacidad física, presenta expectativas de competencia más bajas que el grupo menos grave o con un nivel de insuficiencia menor, es decir, su nivel de autoeficacia es menor comparado con el grupo menos grave, lo cual concuerda con algunos estudios de la literatura (Schwitzer, 2007). Sin embargo no se diferencian ni en la capacidad para superar eventos estresantes, así como en la vulnerabilidad que presentan ante el estrés, es decir, ni en lo que llamamos resiliencia y vulnerabilidad respectivamente. Como ya hemos comentado anteriormente, estos últimos resultados deben ser apoyados con futuros estudios.

Con respecto a la **hipótesis número 12** además de no cumplirse, nuestros resultados han seguido la línea contraria en ciertos aspectos. Ninguno de los tres

grupos con distinto grado de Insuficiencia Cardíaca, se diferencian ni en el apoyo que perciben, ni en el estrés personal que informan, indicando que a pesar de que la enfermedad va aumentando no parecen informar de haber sufrido más acontecimientos personales ni tampoco varía su percepción acerca del apoyo social recibido.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas, parece que los resultados apoyan nuestra *hipótesis número 13*. Mientras las estrategias activas disminuyen significativamente a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad, el resto de estrategias (excepto las emocionales positivas en las que no se producen cambios) ve favorecido su uso conforme los niveles de IC son más discapacitantes. Así, parecen aumentar la utilización de estrategias emocionales negativas, la búsqueda de apoyo social, o los pensamientos religiosos. Además es significativo apuntar que este resultado es especialmente relevante en el caso de las mujeres. Parece por tanto que según avanza la enfermedad, estas personas, ya sea por sus propias limitaciones físicas o porque necesitan manejar sus emociones para encontrar algún significado de lo que les está ocurriendo, disminuyen sus estrategias activas, sintiendo más la necesidad del apoyo social o de sus creencias religiosas. Además la propia evolución de la enfermedad les hace recurrir a otras estrategias consideradas desadaptativas, tal vez debido al creciente malestar que van experimentando según la enfermedad les va incapacitando en mayor medida.

Por otro lado, respecto al malestar emocional expresado en niveles de ansiedad y depresión, parece que solamente la depresión aumenta según avanza la enfermedad. Este resultado está ampliamente documentado en la literatura

(Ancheta *et al.*, 2009; Frasure-Smith, Lesperance y Talajic, 1995; Majani *et al.*, 1999). Además respecto a la emoción de la ira también se encontró que a medida que aumenta la gravedad de la IC disminuye la adecuada canalización de los sentimientos de irritabilidad (control ira), y aumenta su experiencia exteriorizada (ira out) (Healy, 1998). En el caso de las mujeres, también hay más represión de la ira o interiorización de estos sentimientos de irritabilidad (Martin y Watson, 1977). Por tanto estos resultados apoyan la **hipótesis número 14**, excepto en la emoción de la ansiedad que como ya hemos comentado se mantiene según evoluciona la enfermedad. Finalmente el grupo con más gravedad, como era de esperar, informa más síntomas generales y de tipo cardiovascular que el grupo menos grave, y estos resultados también se encuentran apoyados por estudios de la literatura (DeJong *et al.*, 2005) y confirman la **hipótesis 15**.

Por último, hemos querido estudiar el bienestar subjetivo o la calidad de vida de estas personas, intentando descubrir las variables que pudieran explicar el mismo y así poder intervenir en ellas con la finalidad de conseguir una mejor adaptación a la enfermedad. Hemos elegido esta variable, que incluye tanto la satisfacción con la vida como el balance entre el afecto positivo y negativo, puesto que ha resultado ser la más relacionada con los aspectos psicosociales medidos.

Por tanto éste ha sido nuestro **cuarto y último objetivo**, estableciéndose una serie de hipótesis, que han sido apoyadas parcialmente por los resultados obtenidos. Así la **hipótesis número 16** ha sido confirmada, ya que efectivamente una alta percepción de autoeficacia y de resiliencia así como sentirse poco vulnerable, contribuye en general a un mayor bienestar psicológico, se padezca o

no la enfermedad que estamos estudiando. Además el control y la adecuada canalización de ciertas emociones como la ira, no suprimiéndola o interiorizándola, también influye en este bienestar. Todos estos resultados siguen la línea de algunos de los trabajos de la literatura (Begley, 2006; Fava y Tomba, 2009; Joeke *et al.*, 2007; Phillips *et al.*, 2006). De esta forma, se apoya lo recogido en la **hipótesis número 17**. Por otro lado, tanto el afrontamiento de las situaciones de forma activa y directa, así como percibir que el apoyo social que uno recibe es adecuado, influye de forma positiva en el bienestar psicológico, cumpliéndose así las **hipótesis 18 y 19** respectivamente.

Ahora bien si tenemos en cuenta el sexo, respecto a los varones, se cumple de forma íntegra nuestra **hipótesis número 21**, donde el bienestar vendría asociado a mayor presencia de resiliencia, menor vulnerabilidad y tendencia a sentirse capaz de superar las dificultades, mayor percepción de apoyo, así como la utilización de estrategias activas para afrontar los problemas.

En cuanto a las mujeres, además de los factores de resiliencia, vulnerabilidad y autoeficacia, adquiere una gran significación el control de la ira, al tiempo que pierde importancia el apoyo percibido en la predicción del bienestar. Con estos resultados se cumple la **hipótesis 20** coincidiendo también con anteriores estudios (Maureen *et al.*, 2007), donde se puede concluir que en general los varones con IC informan de mayor bienestar que las mujeres con esta enfermedad (Falcoz *et al.*, 2006).

Por otra parte, si hacemos un análisis por grupo, los resultados apoyan nuestra **hipótesis 22**. El grupo clínico o con IC, informa de menor bienestar cuando la depresión es mayor, adquiriendo un papel más importante las estrategias de afrontamiento centradas en la situación o problema, coincidiendo plenamente con lo recogido en la literatura (Allman *et al.*, 2009; Carels, 2004; Doering *et al.*, 2004; Park *et al.*, 2006; Trivedi *et al.*, 2009; Vollman *et al.*, 2007).

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En los años cincuenta se pusieron en marcha varios estudios epidemiológicos para aclarar las causas de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, no se pudo construir un modelo etiológico estrictamente médico pues los resultados de diferentes investigaciones revelaban que los factores tradicionales, tomados conjuntamente, no alcanzaban a explicar ni siquiera el 50% de los casos. Así se empezaron a identificar toda una serie de variables psicológicas y psicosociales que pudieran estar implicadas en dichas enfermedades.

Aunque han sido numerosas las aportaciones realizadas en este ámbito a través del estudio de diversas enfermedades cardiovasculares, no es hasta finales del siglo XX, cuando se empieza a profundizar en la Insuficiencia Cardíaca, una enfermedad en la que no hay conciencia social sobre su importancia, aunque cada vez afecta a un mayor número de pacientes, siendo ésta la única patología cardíaca que aumenta y todo parece indicar que seguirá el mismo rumbo en los próximos años.

Por todo ello, la presente investigación ha pretendido acercarse al conocimiento de dicha enfermedad desde un punto de vista psicológico, analizando la influencia de distintas variables personales y psicosociales que hasta ahora han sido avaladas en numerosos estudios por su importancia en las enfermedades coronarias.

La IC es la vía final común de muchas ECV siendo la población anciana de más de 70 años, los que más padecen esta enfermedad. Sin embargo la mayoría

de estudios no incluyen a estas personas. Es por ello que hemos analizado este aspecto en nuestra investigación, comparando estas personas con otras de similar rango de edad pero sin esta enfermedad, diferenciando así posibles variables y factores atribuibles no tanto al hecho de padecer una enfermedad crónica especialmente discapacitante cuanto a los posibles efectos derivados de la edad de la muestra.

Hemos encontrado resultados interesantes cuando hemos comparado personas que tenían esta enfermedad con personas que no la padecían. Por una parte, parece que comparten características muy importantes, conservando las personas enfermas recursos personales de gran utilidad para la adaptación a la enfermedad crónica. Así por ejemplo estas personas se sienten capaces para hacer frente a las situaciones difíciles, lo cual puede influir de forma positiva en relación a su salud, ya que al percibir esta capacidad de superar los problemas, en este caso su enfermedad, y de que disponen de los recursos necesarios para hacer frente a la misma, inician conductas encaminadas a tal objetivo, como pudieran ser una buena adherencia al tratamiento o unos hábitos de vida saludables.

Pero estas personas no solamente se sienten con la misma capacidad de resolver situaciones complicadas que las personas sanas, sino que además a pesar de estar enfermas, consideran su situación como algo normal, como un cambio que forma parte de la propia vida, y que puede servirles como un incentivo para el desarrollo personal. Así éstas no se sienten limitadas por su enfermedad, se sienten con capacidad de superarla y desafiarla, es decir tienen lo que llamamos una alta resiliencia, al mismo nivel que las personas sanas, lo cual a su vez puede

aminorar el efecto emocional negativo que inevitablemente produce la propia enfermedad, al tiempo que haría más lento el deterioro mejorando la calidad de vida.

Por otra parte, parece que las cogniciones que presentan ante el estrés que pueden estar sufriendo por el impacto de la enfermedad, no se diferencian de las personas sanas, teniendo ambos grupos de personas una similar dependencia de logro y de fuentes externas. Así las personas con IC no parecen presentar más vulnerabilidad psicológica que las que no tienen esta enfermedad.

Ahora bien no solamente no se diferencian en las características anteriormente mencionadas, es decir, factores personales o psicológicos, sino que también son parecidas en otras más psicosociales como puede ser la percepción del apoyo social. Este aspecto es importante, ya que un bajo apoyo social percibido donde la persona no se siente satisfecha con el nivel de ayuda recibido, así como con las relaciones establecidas con amigos y familiares, redundan en aspectos relacionados con la salud como peores hábitos de vida, menor adherencia a los tratamientos médicos, un estado afectivo más negativo, etc.

Por otro lado hemos analizado las variables emocionales que contribuyen a un mayor malestar, como la ansiedad o depresión, así como la ira, muy relacionadas todas ellas con las ECV, así como con la IC en particular. Pues bien, no hay diferencias en el informe que hacen ambos de los síntomas relacionados con la ansiedad aunque existe una *tendencia* por parte del grupo IC a una mayor depresión. Este resultado nos ha parecido interesante, puesto que está

ampliamente documentado en la literatura que concretamente la depresión es más común en pacientes con IC que en la población general. Así podría ser que al haber evaluado en nuestro estudio no solamente síntomas depresivos aislados sino también otros aspectos como ciertos recursos personales y factores protectores muy importantes para la adaptación a la enfermedad o mayor calidad de vida, y haber comprobado que nuestra muestra dispone de ellos -como hemos enumerado anteriormente-, interactuaran unos con otros aminorando los síntomas depresivos. Por otra parte, tal vez como veremos más adelante, es posible que solamente los enfermos más graves de IC presenten mayor depresión, lo que a su vez es importante, de cara a la prevención de ésta ya en las primeras fases de la enfermedad. Respecto a la emoción de la ira ocurre lo mismo, habiendo también una tendencia por parte del grupo enfermo de IC a reprimir más la ira que el grupo sano. Este resultado debería ser replicado en futuros estudios y analizado con mayor profundidad por las implicaciones clínicas que conlleva.

Otro aspecto muy importante son las estrategias que se emplean cuando uno tiene que afrontar determinadas situaciones estresantes. Pues bien parece que en aquellas estrategias que sí son importantes para el manejo de la enfermedad como es el afrontamiento activo, o las estrategias de búsqueda de apoyo, no hay diferencias entre el grupo control y el grupo IC.

Por último, los enfermos de IC no se diferencian de las personas sanas en bienestar subjetivo, lo cual nos puede indicar que a pesar de la enfermedad estas personas continúan satisfechas con sus vidas con un balance emocional positivo.

Hasta ahora hemos visto cómo ambos grupos prácticamente comparten las mismas características. Sin embargo nuestro estudio ha revelado la importancia de los aspectos del sexo matizando nuestros resultados y siguiendo la línea de anteriores investigaciones. En este sentido, según lo expuesto en el punto anterior, cuando discutíamos nuestros resultados, los varones parece que disponen de un mayor número de recursos personales, así como un mejor manejo de las emociones, todo ello derivando en un mayor bienestar subjetivo. Sin embargo al haber obtenido nuestros datos mediante el autoinforme que las propias personas hacen, y teniendo en cuenta el mayor neuroticismo que presenta la mujer, habitualmente recogido en la literatura, no podemos tener la certeza de que ciertos aspectos como pueden ser por ejemplo el informe de síntomas de ansiedad o depresión no estén siendo ocultados o menospreciados en el caso de los varones. Sería interesante en futuros estudios la aplicación, por ejemplo, de una prueba de deseabilidad social como medida de la presencia de posibles respuestas defensivas.

También hay que destacar que los varones y las mujeres no se diferencian en resiliencia, por lo cual podría profundizarse en el estudio de dicha variable analizando el peso de la misma en la adaptación a la enfermedad.

Ahora bien, respecto al conocimiento que hemos obtenido de la evolución de la enfermedad, en cuanto a la gravedad de la misma, desde el punto de vista psicológico, parece que cobra importancia por un lado la autoeficacia, es decir, los más graves se perciben con menos capacidad para afrontar las dificultades, lo cual parece bastante lógico teniendo en cuenta que se encuentran cada vez más

limitados físicamente a medida que progresa la enfermedad, sin embargo no se diferencian en resiliencia, es decir, conservan la capacidad de desafío y superación de niveles previos con menor gravedad, al tiempo que no se sienten más vulnerables por estar más incapacitados. Por otro lado según progresa la enfermedad hay una mayor utilización de estrategias de afrontamiento más desadaptativas, centradas en un manejo de la emoción menos conveniente o saludable. También hay mayor depresión así como una mayor expresión de la ira hacia fuera, disminuyendo el control sobre ésta.

Estos datos son interesantes, puesto que son variables susceptibles de modificación como pueden ser las estrategias de afrontamiento, o el control de la ira. Así podrían diseñarse programas de intervención individualizados encaminados al tratamiento de las mismas o programas educativos o preventivos en las primeras fases de la enfermedad.

Por último, si tomamos como criterio la variable más abarcadora y que ha resultado más relacionada con los aspectos psicosociales medidos, podemos señalar, que parece que hay ciertas *características comunes* tanto para el grupo con IC como para el grupo de personas sanas o sin esta enfermedad que predicen un mayor bienestar percibido, como pueden ser la capacidad para superar los eventos estresantes, o lo que llamamos resiliencia, así como una baja vulnerabilidad o un fuerte sentido de valía personal, además de ciertos aspectos psicosociales como la consideración de que uno tiene un adecuado apoyo social, siendo no obstante más relevante éste último aspecto en el grupo IC. Así viendo la importancia en el bienestar subjetivo de la percepción o satisfacción con el apoyo

social, debería considerarse en profundidad en los programas de prevención, intervención o rehabilitación.

Por otra parte hemos podido comprobar que en ambos grupos también existen *diferencias*, a la hora de predecir el bienestar percibido por ellos. Así mientras en el grupo control ser varón o mujer no influye en el bienestar, en cambio en el grupo IC las mujeres parecen informar de un menor bienestar. Si tenemos en cuenta el nivel emocional, es la baja ansiedad la que se asocia con un mayor bienestar en el grupo control, mientras que en el grupo clínico es la alta o baja depresión la que se relaciona significativamente con un menor o mayor bienestar respectivamente. En relación a los recursos personales o más cognitivos, además de los anteriores que hemos mencionado que tenían en común, encontramos que mientras en el grupo control adquiere relevancia la percepción de autoeficacia o de competencia general ante los problemas; en el grupo IC se vuelven más relevantes de cara al bienestar las estrategias concretas de afrontamiento activo ante las dificultades, dato importante a considerar en los programas de prevención y tratamiento.

Finalmente no podemos terminar este apartado sin enumerar las limitaciones que presenta nuestro trabajo. En primero lugar hay que señalar que las variables de interés se hayan obtenido a través de autoinforme, lo que en cierta medida perjudica la objetividad. Además nos hemos encontrado con las dificultades propias de haber realizado nuestra investigación en un entorno hospitalario, teniendo que adaptarnos a los protocolos allí establecidos, además de acudir como era de esperar un menor número de mujeres enfermas. A su vez no

ha sido posible debido a las limitaciones del tiempo, así como los criterios de inclusión y normas del servicio, poder obtener un mayor número de personas en cada uno de los niveles de gravedad de IC.

Otra de las limitaciones de nuestro trabajo es que nuestros resultados no nos permiten diferenciar si son exclusivamente de la enfermedad cardiovascular analizada, la IC, o si por el contrario son comunes con otras enfermedades crónicas que implican cierta discapacidad o tratamientos más invasivos. En el futuro, convendría realizar estudios donde se compare con otras enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas, siempre teniendo en cuenta los aspectos del sexo que parecen muy relevantes según nuestros resultados y anteriores investigaciones.

También es importante añadir que este estudio, al ser trasversal, nos impide poder formular explicaciones de tipo causal, siendo preferible y recomendable de cara a futuras investigaciones un estudio longitudinal o prospectivo. De esta forma se podrá estudiar con más profundidad el avance de la enfermedad del nivel 1 al nivel 4, lo cual sólo puede realmente abordarse con este tipo de estrategia.

Esperamos con esta investigación haber contribuido a ofrecer algo de luz a una enfermedad hasta ahora poco estudiada desde el punto de vista psicológico, derivando en la implantación de futuros programas de prevención y tratamiento que incluyan aspectos psicológicos que pueden ser especialmente relevantes para este tipo de pacientes.

III – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N. y Mathews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Adler, N. y Ostrove, J.M. (1999). SES and health: What we know and what we don't. *Annual New York Academy of Sciences*, 896, 3-15.
- Allman, E., Berry, D. y Nasir, L. (2009). Depression and coping in heart failure patients: A review of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, 106-117.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K. y Gasquet, L. (2004). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Alter, D.A., Naylor, C.D., Austin, P. y Tu, J.V. (1999). Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1359-1367.
- Alves, T.C., Rays, J., Fraguas, R., Wajngarten, M., Telles, R.M.S., De Souza Duran, F.L., Meneghetti, J.C., Robilotta, C.C., Prando, S., De C., Buchpiguel, C.A. y Busatto, G.F. (2006). Association between major depressive symptoms in heart failure and impaired regional cerebral blood flow in the

- medial temporal region: A study using 99tc-HMPAO single photon emission computerized tomography (SPECT). *Psychological Medicine*, 36, 597-608.
- American Heart Association (2008, November 19). Heart failure hospitalization rates rise among nation's seniors. *ScienceDaily*.
- Ancheta, I.B., Battie, C., Cobb, S., Ancheta, C., Miller, A. y Chiong, J.R. (2009). The Impact of B-type Natriuretic Peptide, New York Heart Association Classification and Depression on Quality of Life in Nonhospitalized Heart Failure Patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 24, 124-130.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J. P., Mendlewicz, J. y Tylee, A (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209.
- Anguita, M., Crespo, M.G., De Teresa, E., Jiménez, M., Alonso-Pulpón, L. y Muñoz J. (2008). Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Revista Española de Cardiología*. 61, 1041-1049.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unrevealing the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.

- Appels, A., Golombeck, B., Gorgels., A, de Vreede, J y van Breukelen, G. (2000). Behavioral risk factors of sudden cardiac arrest. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 463-469.
- Appels, A., Mulder, P., Van 't Hof, M., Jenkins, C.D, Van Houtem, J. y Tan, F. (1987). A prospective study of the Jenkins Activity Survey as a risk indicator for coronary heart disease in the Netherlands. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 959-965.
- Aquarius, A.E., Smolderen, K.G., Hamming, J.F., De Vries, J., Vriens, PW. y Denollet, J. (2009). Type D personality and mortality in peripheral arterial disease: A pilot study. *Archives Surgery*, 144, 728-733.
- Arrindell, W.A., Heesink, J. y Feij, J.A. (1999). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1.700 healthy young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26, 815-826.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Augusto, J.M. y Martínez, R. (1998). Afrontamiento al estrés y salud: Panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 58, 31-48.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Aylard, P.R., Gooding, J.H. y Nickura, P.J (1987). A Validation study of three Anxiety and Depression Self-assessment Scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 261-268.

- Azevedo, A., Bettencourt, P., Frioies, F., Alvelos, M., Abreu-Lima, C., Hense, H.W. y Barros, H. (2008). Depressive symptoms and heart failure stages. *Psychosomatics*, 49, 42-48.
- Badía, X., Salamero, M., Alonso, J. y Ollé, A. (1996). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: PPU.
- Baerger, D.R. y McAdams, D.P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 9, 69-96.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 2, 411-424.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barakat, K., Stevenson, S., Wilkinson, P., Suliman, A., Ranjadayalan, K. y Timmis, A.D. (2001). Socioeconomic differentials in recurrent ischaemia and mortality after acute myocardial infarction. *Heart*, 85, 390-394.
- Barefoot, J.C. (1992). Developments in the measurement of hostility. En H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping and health* (pp. 13-31). Washington: American Psychological Association.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.C. y Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.

- Barczak, P., Kane, N., Andrews, S., Congdon, A.M., Clay, J.C. y Betts, T. (1988). Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic. *The British Journal of Psychiatry*, 152, 698-700.
- Barudy, J. y Marquebreucq, A. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes*. Barcelona: Gedisa.
- Beaglehole, R. (1990). International trends in coronary heart disease mortality, morbidity, and risk factors. *Epidemiological Review*, 12, 1-15.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Begley, T.M. (2006). Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *Journal of organizational Behavior*, 15, 503-516.
- Bekelman, D. B., Dy, S.M., Becker, D.M., Wittstein, I.S., Hendricks, D.E., Yamashita, T.E. y Gottlieb, S.H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 470-477.
- Bennett, S.J., Baicer, S.L. y Huster, G.A. (1998). Quality of life in women with heart failure. *Health Care for Women International*, 19, 217-229.
- Bennett, S.J., Perikins, S.M., Lane, K.A., Deer, M., Brater, D.C. y Murray, M.D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, 10, 671-682.
- Bergman, E., Malm, D., Karlsson, J. y Berterö, C. (2009). Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and

- symptoms. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38, 129-140.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status and clinical research. *Medical Care*, 27, 148-156.
- Berkhuysen, M. A., Nieuwland, W., Buunk, B. P., Sanderman, R. y Rispens, P. (1999). Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived overprotectiveness. *Patient Education and Counseling*, 38, 21-32.
- Bermúdez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- Bermúdez, J., Fernández, E y Sánchez-Elvira, A. (1992). Adaptación española de la escala Ho de Cook-Medley. *Informe del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*. Madrid. UNED.
- Bermúdez, J., Pérez-García, A.M. y Sanjuán, P. (2003). El proceso adaptativo. En J. Bermúdez, A.M. Pérez-García y P. Sanjuán, *Psicología de la personalidad. Teoría e investigación. Volumen I* (pp. 343-387). Madrid: UNED.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, A. y Pérez-García, A. M. (1990). *Factores psicosociales asociados al desarrollo de alteraciones cardiovasculares: Su incidencia en la Comunidad Navarra*. Memoria de Investigación: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, A. y Pérez-García, A.M. (1993). ¿Puede la conducta ser un factor de riesgo coronario? *A Distancia*, 2, 58-73.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, M.A. y Pérez-García, A.M. (1998). Improving TABP research under a componential approach. En J. Bermúdez, B. De Raad,

- J. De Vries, A.M. Pérez-García, A. Sánchez-Elvira y G.L. Van Heck (Eds.), *Personality psychology in Europe. Vol. VI* (pp. 326-343). Tilburg: Tilburg University Press.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, A., Pérez-García, A.M. y Oíz, B. (1991). *Proyecto Salud*. Informe no publicado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Madrid, UNED.
- Blair, A.S., Lloyd-Williams F. y Mair F.S. (2002). What do we know about socioeconomic status and congestive heart failure? A review of the literature. *The Journal of Family Practice, 51*, 169.
- Block, J. y Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 349-361.
- Blumenthal, J.A., Burg, M.M., Barefoot, J., Williams, R.B., Haney, T. y Zimet, G. (1987). Social support, Type A behavior, and coronary artery disease, *Psychosomatic Medicine, 49*, 331-340.
- Boman, B. (1988). Stress and heart disease. En S. Fisher y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 301-315). Nueva York: Wiley.
- Bombardier, CH., D'Amico, C. y Jordan, J.S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 297-304.
- Booth-Kewley, S. y Friedman, H. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*, 343-362.

- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. y Marmot, M. (1988). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.
- Boyle, S.H., Williams, R.B., Mark, D.B., Brummett, B.H., Siegler, I.C., Helms, M.J. y Barefoot, J.C. (2004). Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 66, 629-632.
- Braunwald, E. (1991). The pathogenesis of heart failure: Then and now. *Medicine*, 70, 68-73.
- Brink, E., Karlson, B.W. y Hallberg, L.R.M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: Factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 5-16.
- Bruscia, K., Shultis, C., Dennerly, K. y Dileo, CH. (2008a). Predictors of quality of life in hospitalized cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 13, 982-987.
- Bruscia, K., Shultis, C., Dennerly, K. y Dileo, CH. (2008b). The Sense of coherence in hospitalized cardiac and cancer patients. *Journal of Holistic Nursing*, 26, 286-294.
- Buetow, S., Goodyear-Smith, F. y Coster, G. (2001). Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Family Practice*, 18, 117-122.
- Bugental, D.B., Blue, J., Cortez, V., Fleck, K., Kopeikin, H., Lewis J.C. y Lyon, J. (1993). Social cognitions as organizers of autonomic and affective responses

- to social challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 94-103.
- Burker, E.J., Evon, D.M., Marroquin Loiselle, M., Finkel, J.B. y Mill, M.R. (2007). Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 215-222.
- Buss, A.H. y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Buss, A.H. y Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cabañero, M.J., Richart, M., Cabrero, J., M.I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Caldwell, J.R., Theisen, V., Kaunisto, C.A., Reddy, P.J., Smythe, P.S. y Smith, D.W. (1983). Psychosocial factors influence control of moderate and severe hypertension. *Social Science and Medicine*, 17, 773-782.
- Calvo, F., Alemán, J.M., Alemán, S. y Ojeda, B. (2002). *Estudio epidemiológico de los factores de riesgo psicosociales de las enfermedades cardiovasculares: Patrón de conducta tipo A y síndrome AHI*. Canarias: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Carels, R.A. (2004). The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 13, 63-72.

- Carlson, J. J., Norman, G. J., Feltz, D. L., Franklin, B. A., Johnson, J. A. y Locke, S.K. (2001). Self-efficacy, psychosocial factors, and exercise behavior in traditional versus modified cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 21, 363-373.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. y Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. En E.C. Chang (ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 31-51). Washington: American Psychological Association.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Case, R.B., Heller, S.S., Case, N.B. y Moss, A.J. (1985). Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 312, 737-741.
- Chang, E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping

- and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120.
- Chang, E.C., Maydeu-Olivares, A. y D’Zurilla, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550.
- Chida, Y. y Steptoe, A. A. (2008). Positive Psychological Well-Being and Mortality: A Quantitative Review of Prospective Observational Studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Chida, Y. y Steptoe, A. A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 947-949.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1994). Life events and stress reactivity as predictors of cancer, coronary heart disease and anxiety disorders. *International Journal of Psychosomatics*, 41, 34-40.
- Cimprich, B. (1992). A theoretical perspective on attention and patient education. *Advances in Nursing Science*, 14, 39-51.
- Ciurana R. (2002). Detectar la depresión: El primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Atención Primaria*, 29, 336-337.

- Clark, D.O., Tu, W., Weiner, M. y Murray, M.D. (2003). Correlates of health-related quality of life among lower-income, urban adults with congestive heart failure. *Heart Lung*, 32, 391-401.
- Clarke, S.P., Frasure-Smith, N., Lesperance, F. y Bourassa, M.G. (2000). Psychosocial factors as predictors of functional status at 1 year in patients with left ventricular dysfunction. *Research in Nursing and Health*, 23, 290-300.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). Issues in the application and study of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp 3-22). Orlando, FL: Academic Press.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Consensus recommendations for the management of chronic heart failure (1999). On behalf of the membership of the advisory council to improve outcomes nationwide in heart failure. *American Journal of Cardiology*, 83, 1A-38A.
- Contrada, R. J., Cather, C. y O'Leary, A. (1999). Personality and health: Dispositions and process in disease susceptibility and adaptation to illness. En R. J. Contrada y R. D. Ashmore (Eds.), *Self, social identity and physical health: Interdisciplinary explorations* (pp. 576-604). New York: Oxford University Press.

- Contrada, R. J. y Guyll, M. (2001). On who gets sick and why: The role of personality and stress. En A. Baum, T.A., Revenson y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp.59-84). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cook, W.W. y Medley, M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. y Dembrosky, T.M. (1989). Agreeableness vs. antagonism: Explication of a potential risk factor for CHD. En A.W. Siegman y T.M. Dembroski (Eds.), *In search of coronary-prone behavior* (pp 41-64). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coyne, J., Aldwin, C. y Lazarus, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Cromwell, R.L., Butterfield, E.C., Brayfield, F.M. y Curry, J.J. (1977). *Acute myocardial infarction*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Croyle, R.T. y Ditto, P.H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 31-52.
- Curtin, R. B., Walters, B. A., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M. y Klicko, K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 15, 191-205.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.

- Cyrulnik, B. (2003). *Conversaciones con Cristian Warnken*. Santiago de Chile: MW Producciones.
- Dantas, R.A.S., Motzer, S.A. y Ciol, M.A. (2002). The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 745-755.
- Davidson, K. y Prkachin, D. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact of health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 617-625.
- De Gaudemaris, R., Lang, T., Chatellier, G., Larabi, L., Lauwers-Cancés, V., Maître, A. y Diéne, E. (2002). Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care: The IHPAF Study. *Hypertension*, 39, 1119-1125.
- DeJong, M.J., Moser., D.K y Chung, M.L. (2005). Predictors of health status for heart failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 20, 155–162.
- De la Fuente, R., Hermida, A., Pazo, M. y Lado, M. (2007). Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. Proporciones de epidemia. *Anales de Medicina Interna*, 24, 500-504.
- De las Cuevas, C., García-Estrada, A. y González, J.L. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale y psicopatología afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11, 126-130.
- De Ridder, D. y Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21, 205-240.

- Dehdari, T., Heidarnia, A., Ramezankhani, A., Sadeghian, S. y Ghofranipour, F. (2008). Anxiety, self efficacy expectation and social support in patients after coronary angioplasty and coronary bypass. *Iranian Journal of Public Health*, 3,119-125.
- Dembroski, T.M. y Costa, P.T. (1987). Coronary prone behavior: Components of the Type A pattern and hostility. *Journal of Personality*, 55, 211-235.
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Costa, P.T. y Grandits, G.A. (1989). Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*, 51, 514-522.
- Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 343-357.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J. y Pedersen, S. (2009). Anger, depression, and anxiety in cardiac patients: The complexity of individual differences in psychological risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 947-949.
- Denollet, J., Sys, S.U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T.C. y Brutsaert, D.L. (1996). Personality as independent predictor of longterm mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347, 417- 421.
- Denollet, J., Vaes, J. y Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of Type D personality and younger age on 5-Year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 47, 417-440.
- Dimos, A.K., Stougiannos, P.N., Kakkavas, A.T. y Trikas, A.G. (2009). Depression and heart failure. *Hellenic Journal of Cardiology*, 50, 410-417.
- Dimsdale, J. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease *Journal of the American College of Cardiology*, 51, 1237-1246.
- Doering, L.V., Dracup, L.V., Caldwell, M.A., Moser, D.K., Erickson, V.S. y Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10, 344-349.
- Ekman, I., Fagerberg, B. y Lundman, B. (2002). Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe heart failure in comparison with healthy controls. *Heart Lung*, 31, 94-101.
- Endler, N.S., Courbasson, C.M.A. y Fillion, L. (1998). Coping with cancer: The evidence for the temporal stability of the French-Canadian version of the coping with health injuries and problems (CHIP). *Personality and Individual Differences*, 25, 711-717.
- Endler, N. S. y Hunt, J. McV. (1969). S-R Inventories of Hostility and comparisons of the proportions of variance from persons, responses and

- situations for Hostility and Anxiousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-24.
- Engelbreton, T.O. y Matthews, K.A. (1992). Dimensions of hostility on men, women and boys: Relationships to personality and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 54, 311-323.
- Eriksson, M. y Lindstrom, B. (2003). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.
- Everett, B., Salamonsen, Y. y Davidson, P.M. (2009). Bandura's exercise self-efficacy scale: Validation in an Australian cardiac rehabilitation setting. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 824-829.
- Ewart, C. K., Taylor, C. B., Reese, L. B. y DeBusk, R. F. (1983). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *American Journal of Cardiology*, 51, 1076-1080.
- Fava, G.A. y Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934.
- Falcoz, P., Chocron, S., Laluc, F., Puyraveau, M., Kaili, D., Mercier, M. y Etievent, J. (2006). Gender analysis after elective open heart surgery: A two-year comparative study of Quality of Life. *Annals of Thoracic Surgery*, 81, 1637-1643.
- Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F. y Ekman, I. (2007). Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of

- coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 99-104.
- Feder, A., Nestler, E.J. y Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience* 10, 446-457.
- Ferguson, E. (2001). Personality and coping traits: A joint factor analysis. *British Journal of Health Psychology*, 6, 311-326.
- Ferketich, A.K. y Binkley, P.F. (2005). Psychological distress and cardiovascular disease: results from the 2002 National Health Interview Survey. *European heart Journal*, 26, 1923-1929.
- Ferketich, A.K., Ferguson, J.P. y Binkley, P.F. (2005). Depressive symptoms and inflammation among heart failure patients. *American Heart Journal*, 150, 132-136.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M.D. y Domínguez, F.J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615-630.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Foster, C., Oldridge, N. B., Dion, W., Forsyth, G., Grevenow, P., Hansen, M., Laughlin, J., Plichta, C., Rabas, S., Sharkey, R.E. y Schmidt D.H. (1995). Time course of recovery during cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15, 209-215.

- Foulds, G. A., Caine, P. M. y Creasy, M. A. (1960). Aspects of extra e intra-punitive expression in mental illness. *Journal of Mental Sciences*, 106, 87-104.
- Fox, F.K., Cowie, R.M., Wood, D.A., Coats, A.J., Poole-Wilson, P.A. y Sutton, G.C. (1999). New prospective on heart failure due to myocardial ischemia. *European Heart Journal*, 20, 256- 261.
- Franks, H.M. y Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psychooncology*, 15, 1027-1037.
- Frasure-Smith, N. y Lesperance, F. (2003). Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Archives of General Psychiatry*, 60, 627-636.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau., M, Talajic, M.B. y Bourassa, M.G. (2000). Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 471-478.
- Frasure-Smith N, Lesperance F. y Talajic M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91, 999-1005.
- Freedland, K.E., Rich, M.W., Skala, J.A., Carney, R.M., Davila-Roman, V.G. y Jaffe, A.S. (2003). Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosomatic Medicine*, 65, 119-128.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.

- Friedman, H.S., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Powell, L.H., Price, V.A., Brown, B., Thompson, L., Rabin, D.D. y Breall, W.S. (1986). Alteration of type a behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infraction patients: Summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *American Heart Journal*, 112, 653-655.
- Friedman, L.C., Weinberg, A.D., Webb, J.A., Cooper, H.P. y Bruce, S. (1995). Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 59-65.
- Friedmann, E., Thomas, S.A., Liu, F., Morton, P.G., Chapa, D. y Gottlieb, S.S. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal* 152, 940e1-940e8.
- Gallacher, J.E., Sweetnam, P.M., Yarnell, J. W., Elwood, P.C. y Stansfeld, S.A. (2003). Anger and incident heart disease in the Caerphilly study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 446-453.
- Ganster, D.C., Schaubroeck, J., Sime, W.E. y Mayes, B.T. (1991). The nomological validity of the Type A personality among employed adults. *Journal of Applied Psychology*, 76, 143-168.
- Gardner, J. K., McConnell, T. R., Klinger, T. A., Herman, C. P., Hauck, C. A. y Laubach, C.A. (2003). Quality of life and self-efficacy: Gender and diagnoses considerations for management during cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 299-306.
- Gebhardt, W.A., van der Doef, M.P. y Paul, L.B. (2001). The revised Health Hardiness Inventory (RHHI-24): Psychometric properties and relationship

- with self-reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*, 16, 579-592.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R. y Pickering, T.G. (1992). Social support in social interaction: A moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54, 324-336.
- Gheorghiadu, M. y Bonow, R.O. (1998). Chronic heart failure in the United States: A manifestation of coronary artery disease. *Circulation*, 97, 282-289.
- Givertz, M.M., Colucci, W.S. y Braunwald, E. (2001). Clinical aspects of heart failure: High-output failure; pulmonary edema. En E. Braunwald, D.P. Zipes y P. Libby P (Eds.), *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine* (pp. 534-561). Philadelphia: WB Saunders (6ª ed.).
- Glass, D.C. (1977). *Behavior patterns, stress and coronary disease*. Hillsdale, N.Y.: Erlbaum.
- Glaus, A. (1998). *Fatigue in patients with cancer. Analysis and assessment*. Berlin: Springer-Verlag.
- Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J.F. (2002). La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13, 135-162.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community*. London: Tavistock Press.
- Goldberg, D.P. y Williams, P. (1988). *The users guide to the General Health Questionnaire*. Slough: NFER/Nelson.

- Gottlieb, S.S, Khatta, M., Friedmann, E., Einbinder, L., Katzen, S., Baker, B., Robinson, S., Fisher, M.L, Potenza, M., Sigler, B., Baldwin, C. y Thomas, S.A . (2004). The influence of age, sex and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 43, 1542-1549.
- Grimm, L. y Yarnold, P. (1984). Performance standards and the Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 59-66.
- Guallar-Castillón, P., Magariños-Losada, M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, A., Rodríguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., Conde-Herrera, M., Carreño, C., Conthe, P., Martínez-Morentín, E., Banegas, JR. y Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Prevalencia de depresión y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Revista Española de Cardiología* , 59, 770-778.
- Gusick, G. M. (2008). The contribution of depression and spirituality to symptom burden in chronic heart failure. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 53-55.
- Guyll, M. y Contrada, R.J. (1998). Trait hostility and ambulatory cardiovascular activity: Responses to social interaction. *Health Psychology*, 17, 30-39.
- Habra, M., Linden, W., Anderson, J. y Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 235-245.
- Hamer, M., Molloy, G.J. y Stamatakis, E. (2008). Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: Pathophysiological and behavioral mechanisms. *Journal of the American College of Cardiology*, 52, 2156-2162.

- Harburg, E., Blakelock, E.H. y Roeper, P.J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. *Psychosomatic Medicine*, 41, 189-202.
- Harrison, T. R. (1939). *Failure of the circulation*. Baltimore: Williams y Wilkins Company (2^a ed.).
- Havranek, E.P., Spertus, J.A., Masoudi, F.A., Jone, P.G. y Rumsfeld, J.S. (2004). Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 44, 2333-2338.
- Haynes, S. G. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: I. Methods and risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-383.
- Healy, B.P. (1998). Waiting to explode: How women can manage anger. *Journal of Women's Health*, 7, 393-394.
- Hecker, M.H., Chesney, M.A., Black, G.W. y Frautschi, N. (1988). Coronary-prone in the Western Collaborative Group Study. *Psychosomatic Medicine*, 50, 153-164.
- Helmets, K.F. y Krantz, D.S. (1996). Defensive hostility, gender and cardiovascular levels and responses to stress. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 246-254.
- Helmets, K.F., Posluszny, D.M. y Krantz, D.S. (1994). Associations of hostility and coronary artery disease: A review of studies. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp 67-96). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

- Hemingway, H., Shipley, M., Brunner, E., Britton, A., Malik, M. y Marmot, M. (2005). Does autonomic function link social position to coronary risk? The Whitehall II Study. *Circulation*, *111*, 3071- 3077.
- Hernández Bienes, M.M. (2001). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Tesis doctoral*. Universidad de La Laguna.
- Ho, K.K.L., Pinsky, J.L., Kannel, W.B. y Levy, D. (1993). The epidemiology of heart failure: The Framingham Heart Study. *Journal of the American College of Cardiology*, *22*, 6-13.
- Hobfoll, S.E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K. y Brennan, P.L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, *14*, 152-163.
- Holahan, C. K., Moerkbak, M. y Suzuki, R. (2006). Social support, coping, and depressive symptoms in cardiac illness among Hispanic and non-Hispanic White cardiac patients. *Psychology and Health*, *21*, 615-631.
- Holmes, D.S., McGilley, B. y Houston, B.K. (1984). Task-related arousal of Type A and Type B persons: Level of challenge and response specificity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 1322-1327.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218.
- Hoshmand, L.T. y Austin, G.W. (1987). Validation studies of a multifactor cognitive-behavioral Anger Control Inventory. *Journal of Personality Assessment*, *51*, 417-432.

- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J.S., Landis, K.R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-544.
- Houston, B.K. y Vavak, C.R. (1991). Cynical hostility: Development factors, psychosocial correlates, and health behaviors. *Health Psychology*, 10, 9-17.
- Huis In 'T Veld, E., Heijmans, N. y De Cock, E.S.A. (2009). Predictors of quality of life in hospitalized cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 682-683.
- Huysamen, G. (1994). The role of Type A behavior and cigarette smoking in the prediction of coronary heart disease. *South African Journal of Psychology*, 24, 62-68.
- Infocop Online - *Revista de Psicología* (2008). La OMS ofrece nuevos datos sobre el estado general de la salud mundial. Fecha publicación: 16/11/2008. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2112&cat=39.
- Instituto Nacional de Estadística (2007). Defunciones según la causa de muerte. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>.
- Izawa, K.P., Watanabe, S., Omiya, K., Hirano, Y., Oka, K., Osada, N. y Lijima, S. (2005). Effect of the self-monitoring approach on exercise maintenance during cardiac rehabilitation: A randomized, controlled trial. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 313-321.

- Jamner, L.D., Shapiro, D., Hui, K.K., Oakley, M.E. y Lovett, M. (1993). Hostility and differences between clinics, self-determined, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 55, 203-211.
- Jayadevappa, R., Johnson, J.C., Bloom, B.S., Nidich, S., Desai, S., Chhatre, S., Raziano, D.B. y Schneider, R. (2007). Effectiveness of transcendental meditation on functional capacity and quality of life of African Americans with congestive heart failure: A randomized control study. *Ethnicity and Disease*, 17, 72-77.
- Jenkins, C.D. (1988). Epidemiology of cardiovascular diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 324-332.
- Jenkinson, C.M., Medeley, R.J., Mitchell, J.R. y Turner, J.D. (1993). The influence of psychosocial factors on survival after myocardial infarction. *Public Health*. 107, 305-317.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gaulden, L.H, Cuffe, M.S, Blazing, M.A., Davenport, C., Califf, R.M., Krishnan, R.R. y O'Connor, C.M. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1849-1856.
- Jiang, W., Kuchibhatla, M., Cuffe, M.S., Christopher, E.J., Alexander, J.D., Clary, G.L., Blazing, M.A., Gaulden, L.H., Califf, R.M., Krishnan, R.R. y O'Connor, C.M. (2004). Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110, 3452-3456.

- Joeke, K., Van Elderen, T. y Schreurs, K. (2007). Self-Efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal of Health Psychology, 12*, 4-16.
- Johnson, J.E. (1996). Coping with radiation therapy: Optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing and Health, 19*, 3-12.
- Joiner, T.E., Catanzaro, S. y Laurent, J.L. (1996a). The tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 401-409.
- Joiner, T.E., Catanzaro, S.J., Laurent, J., Sandín, B. y Blalock, J.A. (1996b). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 1*, 27-34.
- Joynt, K.E., Whellan, D.J. y O'Connor, C.M. (2004). Why is depression bad for the failing heart? A review of the mechanistic relationship between depression and heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 10*, 258-271.
- Kafka, G.J. y Kozma, A. (2002). The construct validity of Riff's Scales of Psychological Well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 57*, 171-190.
- Kamarck, T.W., Manuck, S.B. y Jennings, J.R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine, 52*, 42-58.

- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E. y Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology, 10*, 229-235.
- Kannel, W.B., Gordon, T., Castelli, W.P. y Margolis, J.R. (1970). Electrocardiographic left ventricular hypertrophy and risk of coronary heart disease: The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine, 72*, 813-822.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. y Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*, 47-58.
- Karasek, R.A., Theorell, T.G., Schwartz, J., Pieper, C. y Alfredson, L. (1982). Job, psychological factors and coronary heart disease: Swedish prospective findings and U.S. prevalence findings using a new occupational inference method. *Advances in Cardiology, 29*, 62-67.
- Kattainen, E., Meriläinen, P. y Sintonen, H. (2006). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*, 21-30.
- Katz, A. M. (2000). *Heart failure. Pathophysiology, molecular biology, and clinical management*. Philadelphia: Lippincott Williams.
- Kenneth, M.A., MacMahon, K.M., Gregory, I.H. y Lip, G.Y. (2002). Psychological factors in heart failure: A review of the literature. *Archives of Internal Medicine, 162*, 509-516.

- Kessler, R.C. y McLeod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp 219-240). Orlando, FL.: Academic Press.
- Kessler, R.C., Price, R.H. y Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Winchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L., Simmens, S.J., Boyle, D.H, Verme, D., Umana, W.O., Veis, J.H., Alleyne, S. y Cruz, I. (1995a). Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 5, 1826-1834.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L., Simmens, S.J., Boyle, D.H, Cruz, I. Umana, W.O., Alleyne, S. y Veis, J.H. (1995b). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 6, 1418-1426.
- King, K.B. (1977). Psychological and social aspects of cardiovascular disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 264-270.

- King, K.B., Rowe, M.A., Kimble, L.P. y Zerwic, J.J. (1998). Optimism, coping and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Research in Nursing and Health*, 21, 15-26.
- Klein, D.M., Turvey, C.L. y Pies, C.J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health*, 19, 22-38.
- Kneebone, I.I., Dunmore, E.C. y Evans, E. (2003). Symptoms of depression in older adults with multiple sclerosis (MS): Comparison with a matched sample of younger adults. *Aging and Mental Health*, 7, 182-185.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Suls (Ed.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. y Zola, M.A. (1983). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41-51.
- Koenig, H.G. (1998). Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *General Hospital Psychiatry*, 20, 29-43.
- Konstam, V., Moser, D.K. y De Jong, M.J. (2005). Depression and anxiety in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 11, 455-463.
- Krantz, D.S. y McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, 341-369.

- Kringlen, E. (1986). Psychosocial aspects of coronary heart disease. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 74, 225-237.
- Krzemien, D., Urquijo, S. y Monchetti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16, 350-356.
- Kulic, J.A. y Mahler, H.I.M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221-238.
- Kunzendorff, E., Wilhelm, M., Scholl, V. y Scholl, M. (1991). Coping processes in selected groups of chronically ill patients. *Z. Gesamte. Innere Medizin*, 46, 690-696.
- Larson, M.R. y Langer, A.W. (1997). Defensive hostility and anger expression: Relationship to additional heart rate reactivity during active coping. *Psychophysiology*, 34, 177-184.
- Latorre Nanjarí, J.O. (2008). El enfoque de personalidad resistente en el ámbito de la psicología de la salud: Una revisión de publicaciones en español. *Psicología y Salud*, 18, 267-274.
- Latour-Pérez, J., Gutiérrez-Vicén, T., López-Camps, V., Bonastre-Mora, J., Giner-Boix, J.S., Rodríguez-Serra, M. y Rosado-Bretón, L. (1996). Socioeconomic status and severity of illness on admission in acute myocardial infarction patients. *Social Science and Medicine*, 43, 1025-1029.
- Lawlor, D.A., Bedford, C., Taylor, M. y Ebrahim, S. (2003). Geographical variation in cardiovascular disease, risk factors, and their control in older

- women: British women's heart and health study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 134-140.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping processes*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., Cohen, J.B., Folkman, S. y Schaefer, C. (1980). Psychological stress and adaptation: Some unresolved issues. En H. Selye (ed.): *Guide to stress research* (pp. 91-117). New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company (ed. esp. Barcelona: Martínez Roca, 1986).
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 54, 385-405.
- Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M. y Gagnon, A.J. (2004). Clarifying “meaning” in the context of cancer research: a systematic literature review. *Palliat. Support. Care* 2, 291–303.
- Leech, N. L., Barrett, K. C. y Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics. Use and interpretation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leiker, M. y Hailey, B.J. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits? *Behavioral Medicine*, 14, 129-133.
- Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Sherwood, A., Strauman, T., Robins, C. y Newman, M.F. (2004). Depression as a risk factor for coronary artery disease: Evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 66, 305-315.

- Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C. y Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- Levy, D., Kenchaiah, S., Larson, M.G., Benjamin, E.J., Kupka, M.J., Ho, K.K.L., Murabito, J.M. y Vasani, R.S. (2002). Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *New England Journal of Medicine*, 347, 1397-1402.
- Levy, D., Larson, M.G., Vasani, R.S., Kannel, W.B. y Ho, K.K.L. (1996). The progression from hypertension to congestive heart failure. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1557-1562.
- Lewis, T. (1933). *Diseases of the heart*. New York: MacMillan.
- Liu, L. (2008). *A new epidemic of heart failure in the United States: Findings from the National Hospital Discharge Surveys, 1980-2006*. New Orleans, Louisiana: American Heart Association.
- Löfvenmark, C., Mattiasson, A.C., Billing, E. y Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 251-258.
- López Ibor, M.I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24, 209-211.
- Luszczynska, A. y Sutton, S. (2006). Physical activity after cardiac rehabilitation: Evidence that different types of self-efficacy are important in maintainers and relapsers. *Rehabilitation Psychology*, 51, 314-321.

- Luttik, M.L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R. y van Veldhuisen, D.J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure. An overview of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing, 20*, 162-169.
- Lyness, S.A. (1993). Predictors of differences between Type A and B individuals in heart rate and blood pressure reactivity. *Psychological Bulletin, 114*, 266-295.
- MacDougall, J.M., Dembroski, T.M., Dimsdale, J.E. y Hackett, T.P. (1985). Components of Type A, hostility and anger-in: Further relationships to angiographic findings. *Health Psychology, 4*, 137-152.
- MacIntyre, K., Capewell, S., Stewart, S., Chalmers, J.W., Boyd, J., Finlayson, A., Redpath, A., Pell, J.P., Livingston, B.M., Evans, C.J. y McMurray, J.J.V. (2000). Evidence of improving prognosis in heart failure: Trends in case fatality in 66547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation, 102*, 1126-1131.
- Maddi, S.R. (1990). Issues and interventions in stress mastery. En H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 121-154). New York: Wiley.
- Majani, G., Pierobon, A., Giardini, A., Callegari, S., Opasich, C., Cobelli, F. y Tavazzi, L. (1999). Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure; the role of patient subjectivity. *European Heart Journal, 20*, 1579-1586.

- Malcolm, A.T. y Janisse, M.P. (1991). Additional evidence for the relationship between Type A behavior and social support in men. *Behavioral Medicine*, *17*, 131-134.
- Martín, M.D. y Fernández-Abascal, E.G. (1994). Inventario de reacciones de hostilidad de Buss-Durkee (BDHI). En E.G. Fernández-Abascal (Ed.), *Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares* (pp. 85-91). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Martin, R. y Watson, D. (1977). Style of anger expression and its relations to daily experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*, 285-294.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, *18*, 66-72.
- Matthews, K.A. (1982). Psychological perspectives on the Type A behaviour pattern. *Psychological Bulletin*, *91*, 293-323.
- Matthews, K. A. (1988). Coronary heart disease and Type A behaviours: Update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman quantitative review. *Psychological Bulletin*, *104*, 373-380.
- Matthews, K. A. y Volkin, J.I. (1981). Efforts to excel in the Type A behavior pattern in children. *Child Development*, *52*, 1283-1298.
- Matud, M.P. (2008). Género y Salud. *Suma Psicológica*, *15*, 75-94.
- Maureen, M., Friedman, R.N. y Kathleen, B.K. (2007). The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure. *Research in Nursing and Health*, *17*, 433-440.

- McAlister, F.A., Murphy, N.F., Simpson, C.R., Stewart, S., MacIntyre, K., Kirkpatrick, M., Chalmers, J., Redpath, A., Capewell, S. y McMurray, J.J.V. (2004). Influence of socioeconomic deprivation on the primary care burden and treatment of patients with a diagnosis of heart failure in general practice in Scotland: Population based study. *British Medical Journal*, 328, 1110-1113.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McGee, H.M., Johnston, M., Pollard, P. y Hevey, D. (2000). Does myocardial infarction have a greater impact on women than on men? Testing hypotheses about effects of gender role models and responsibilities. *European Review of Applied Psychology*, 50, 333-340.
- McKee, P.A., Castelli, W.P., McNamara, P.M. y Kannel, W.B. (1971). The natural history of congestive heart failure: The Framingham Study. *The New England Journal of Medicine*, 285, 1441-1446.
- Mendes de Leon, C.F., Dilillo, V., Czajkowski, S., Norton, J., Schaefer, J., Catellier, D., Blumenthal, J.A. (2001). Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) Pilot Study. Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: The ENRICHD pilot study. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 21, 353-362.

- Méndez, G.F. y Cowie, M.R. (2001). The epidemiological features of heart failure in developing countries: A review of the literature. *International Journal of Cardiology*, 80, 213-219.
- Mente, A. y Helmers, K.F. (1999). Defensive hostility and cardiovascular response to stress in young men. *Personality and Individual Differences*, 27, 683-694.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *STAXI-2. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Miller, S.M., Brody, D.S. y Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142-148.
- Miller, S.M., Lack, E.R. y Asroff, S. (1985). Preference for control and the coronary-prone behavior pattern: "I'd rather do it my self". *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 492-499.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Gujjarro, M.L. y Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Molina, C.G.E., Gámez Castillo, J.A., Villa Hernández, F., García Espino, F.A., Martínez Mendoza, J.A., Aguirre Galindo, B. y Velasco Rodríguez, V.M. (2009). Ansiedad y depresión en síndrome coronario agudo. *Medicrit*, 6, 18-23.

- Moons, P. y Norekval, T.M. (2006). Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 16-20.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B. y Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.
- Morén, P. (2006, 14 de febrero). La insuficiencia cardiaca, la epidemia del siglo XXI. *Diario Médico*.
http://209.85.229.132/search?q=cache:TbCKpmxA_PQJ:www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/cardiologia/cardiologia_clinica/es/desarrollo/618300_03.html+Insuficiencia+Cardiaca+se+ha+convertido+en+el+mal+de+la+sociedad+moderna.&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es. (Consultado el 13 de abril de 2009)
- Moreno, L.F. (1985). Tratamiento con C.A.F. en cáncer de mama avanzado. Comunicación presentada en el *IV Congreso Cubano de Medicina Interna*, 27-30 de noviembre, La Habana (Cuba).
- Motzer, S.U. y Stewart, B.J. (1996). Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Research in Nursing and Health*, 19, 287-298.
- Mullertsch, T. (2008). Panic disorder in patients with chronic heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 299-303.

- Murberg TA., Bru, E. y Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*, 32, 775-784.
- Myers, D. G. y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Nekolaichuk, C.L., Jevne, R.F. y Maguire, T.O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science and Medicine*, 48, 591-605.
- Newcomb, M. D. (1990). Social support and personal characteristics: A developmental and interactional perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 54-68.
- Nicholson, A., Kuper, H. y Hemingway, H. (2006). Depression as an etiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6.362 events among 146.538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763-2774.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Books/D. C. Health.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'Donnell, C.J. y Elosua, R. (2008). Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiología*, 61, 299-310.
- O'Donovan, A. y Hughes, B.M. (2008). Factors that moderate the effect of laboratory-based social support on cardiovascular reactivity to stress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 85-102.
- O'Leary, A. (1985). Self- Efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 431-451.

- Olivari, E. y Barra, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23, 5-12.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación internacional de enfermedades (10ª ed) (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Ortega, D. y Pipal, J. (1984). Challenge seeking and the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1328-1334.
- Orth-Gomer, K. y Uden, A.L. (1990). Type A behavior, social support, and coronary risk: Interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 59-72.
- Ouellette, S.C. (1993). Inquiries into hardiness. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2ª ed.). New York: The Free Press.
- Ouellette, S.C. y Diplacido, J. (2001). Personality's role in the protection and enhancement of health: Where the research has been, where it is stuck, how it might move. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp.175-193). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Packer, M. (1988). Survival in patients with chronic heart failure and its potential modification by drug therapy. En J.N. Cohn (Ed.), *Drug treatment of heart failure* (2ª ed.). Secaucus, NJ: ATC International.
- Palmero, F., Breva, A. y Landeta, O. (2002). Hostilidad defensiva y reactividad cardiovascular en una situación de estrés real. *Ansiedad y Estrés*, 8, 115-142.

- Parissis, J.T., Adamopoulos, S., Rigas, A., Kostakis, G., Karatzas, D., Venetsanou, K. y Kremastinos, D.T. (2004). Comparison of circulating proinflammatory cytokines and soluble apoptosis mediators in patients with chronic heart failure with versus without symptoms of depression. *The American Journal of Cardiology*, *94*, 1326-1328.
- Parissis, J.T., Farmakis, D., Nikolaou, M., Birmpa, D., Bistola, V., Paraskevaidis, O., Ikonomidis, I., Gaitani, S., Venetsanou, K., Filippatos, G. y Kremastinos, D. (2009). Plasma B-type natriuretic peptide and anti-inflammatory cytokine interleukin-10 levels predict adverse clinical outcome in chronic heart failure patients with depressive symptoms: A 1-year follow-up study. *European Journal of Heart Failure*, *11*, 967-972.
- Park, C.L. y Adler, N.E. (2003). Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychology*, *22*, 627-631.
- Park, C.L., Fenster, J.R., Suresh, D.B. y Bliss, D.E. (2006). Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients. *Psychology and Health*, *21*, 773-789.
- Park C.L., Malone, M.R., Suresh, D.P, Bliss, D. y Rosen, R.I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, *17*, 21-26.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, *5*, 164-172.

- Payne, R.L. y Jones, G. (1995). Measurement and methodological issues in social support. En S.V. Kasl y C.L. Cooper (Eds.), *Stress and health: Issues in research methodology* (pp. 167-205). England: Wiley.
- Pedersen, S. y Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: A review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248.
- Pedersen, S., Lemos, P., Van Vooren, P., Liu, T., Daemen, J., Erdman, R., Smits, P., Serruys, P. y Van Domburg, R. (2004). Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation. *Journal of the American College of Cardiology*, 44, 997-1001.
- Pelle, A.J., Gidron, Y.Y., Szabó, B.M. y Denollet, J. (2008). Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 14, 341-350.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Peñacoba, C., Velasco, L., González, J. y Garrosa, E. (2005). Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 16, 65-89.
- Pérez-García, A.M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Colección cursos de posgrado en Psicopatología y Salud. Madrid: UNED-FUNED.

- Pérez-García, A. M., Arroyo, N. y Muñoz, T. (2010). Análisis de la influencia de afrontamiento directo y emocional (adaptativo y desadaptativo) en las relaciones entre autoeficacia y bienestar subjetivo. En A. Abril y R. Cabestrero (Coords.), *VII Semana de la Facultad de Psicología* (pp. 121-126). Madrid: UNED.
- Pérez-García, A.M. y Sanjuán, P. (1996). Type A behaviour pattern's (global and main components) attentional performance, cardiovascular reactivity, and causal attributions in the presence of different levels of interference. *Personality and Individual Differences*, 20, 81-93.
- Pérez-García, A. M. y Sanjuán, P. (2003). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García y P. Sanjuán, *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación. Volumen II* (pp. 343-400). Madrid: UNED.
- Pérez-García, A. M., Ruiz, M. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2010). The effect of social support and gender on subjective well-being and mental adjustment in patients following a first cardiovascular event. *15th European Conference on Personality*. Brno, Czech Republic.
- Philbin, E.F., Dec, G.W., Jenkins, P.L. y DiSalvo, T.G. (2001). Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. *American Journal of Cardiology*, 87, 1367-1371.
- Phillips, L.H., Henry, J.D., Hosie, J.A. y Milne, A.B. (2006). Age, anger regulation and well-being. *Aging y Mental Health*, 10, 250-256.
- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C.T., Mulrow, C. D. y Lohr, K. N. (2002). Screening for depression in adults: A

- summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136, 765-776.
- Pintor, L. (2006). Insuficiencia cardiaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinación tantas veces olvidada. *Revista Española de Cardiología*, 59, 761-765.
- Pons, D., Atienza, F.L., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Satisfaction with Life Scale: Analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 62-68.
- Powell, K. y Blair, S. (1994). The public health burdens of sedentary living habits: theoretical but realistic estimates. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 851-856.
- Räikkönen, K., Matthews, K.A., Flory, J.D. y Owens, J.F. (1999). Effects of hostility on ambulatory blood pressure and mood during daily living in healthy adults. *Health Psychology*, 18, 44-53.
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
- Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease (1981). A critical review. *Circulation*, 63, 1199-1215.
- Riedinger, M.S., Dracup, K.A. y Brecht, M.L. (2002). Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. *American Journal of Critical Care*, 11, 211-219.
- Robins, L.N. y Regier, D.A. *Psychiatric Disorders in America*. (1991). New York: The Free Press.

- Rodríguez-Fernández, J.A., Aldamiz-Echevarria, B., Pereira, S. y Caeiro, J. *Guía de Insuficiencia Cardíaca*. <http://www.fisterra.com/guias2/icc.asp>
- Romero, C. E. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 22, 92-109.
- Rosenman, R.H. y Palmero, F. (1998). Ira - hostilidad, apoyo social y trastornos coronarios. En F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (Eds.), *Emociones y adaptación* (pp. 117-141). Barcelona: Ariel.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1 (nº 609).
- Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2004a). Análisis comparativo de la competencia percibida general y la específica de salud. *Ansiedad y Estrés*, 10, 127-139.
- Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2004b). Personalidad y percepción de autoeficacia: Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 205-219.
- Rueda, B. y Pérez-García, A. M. (2006). Gender and social support in the context of cardiovascular disease. *Women and Health*, 43, 59-73.
- Rueda, B., Pérez-García, A.M., Sanjuán, P. y Ruiz, M.A. (2007). The Psychological Vulnerability Measurement: Psychometric characteristics and validation in nonclinical population. En P. M. Goldfarb (Ed.), *Psychological tests and testing research* (pp. 39-54). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

- Ruiz, M.A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the “Quality of Life Questionnaire”: A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Rumsfeld, J.S., Havranek, E., Masoudi, F.A., Peterson, E.D., Jones, P., Tooley, J.F., Krumholz, H. M. y Spertus, J. A. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in heart status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42, 1811-1817.
- Rutledge, T., Reis, V.A., Linke, S.E., Greenberg, B.H. y Mills, P.J. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of The American College of Cardiology*, 48, 1527-1537.
- Ryde-Brandt, R. (1990). Anxiety and depression in mothers of children with psychotic disorders and mental retardation. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 118-121.
- Saavedra Guajardo, E. y Marco Villalta, P. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40.
- Salomaa, V., Miettinen, H., Niemela, M., Ketonen, M., Mähönen, M., Immonen-Räihä, P., Lehto, S., Vuorenmaa, T., Koskinen, S., Palomäki, P., Mustaniemi, H., Kaarsalo, E., Arstila, M., Torppa, J., Kuulasmaa, K., Puska, P., Pyörälä, K., Tuomilehto, J. (2001). Relation of socioeconomic position to the case fatality, prognosis and treatment of myocardial infarction events; The

- FINMONICA MI Register Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 475-482.
- Salovey, P., Rothaman, A.J. y Rodin, J. (1998). Health behavior. En D.T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology. Vol II* (pp. 633-683). New York: McGraw-Hill (4ª ed.).
- Sánchez-Elvira, A., Bermúdez, J. y Pérez-García, A.M. (1990). Evaluación de los componentes del patrón de conducta Tipo A en la manifestación de conductas hostiles. *Evaluación Psicológica*, 6, 233-253.
- Sanchez Ocaña, R. (2008, 29 de septiembre). Diario de las Palmas [en línea]. Consultado el 13 de abril de 2009. Disponible en http://www.laprovincia.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008092900_5_17929_6_SociedadYFuturo-Insuficiencia-cardiaca-epidemia-siglo.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: Un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 1-18.
- Sandín, B. (2008a). Estrés psicosocial y salud: Introducción. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (2.ª ed., pp. 15-28). Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2008b). El Estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (volumen 2, págs. 3-48). Madrid: McGraw Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología. Volumen 2* (pp. 53-80). Madrid: McGraw Hill.

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, M.P. (2008). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (volumen 2, págs. 53-80). Madrid: McGraw Hill.
- Sanjuán, P. y Pérez-García, A.M. (1995a). Análisis de la estrategia atencional del patrón Tipo-A en tareas interferentes. *Boletín de Psicología*, 47, 67-84.
- Sanjuán, P. y Pérez-García, A.M. (1995b). Análisis de la estrategia atencional del patrón de conducta Tipo-A (global y por componentes) ante una tarea interferente y estrés situacional. *Boletín de Psicología*, 49, 23-41.
- Sanjuán, P. y Pérez-García, A.M. (1995c). Reactividad fisiológica y patrón de conducta Tipo A: Balance de la investigación. *Clínica y Salud*, 6, 45-66.
- Sanjuán, P. y Pérez-García, A.M. (1999). Hostilidad. En A.M. Pérez-García (Ed.), *Personalidad, afrontamiento y apoyo social* (pp. 42-47). Colección cursos de posgrado en Psicopatología y salud. Madrid: UNED-FUE.
- Sanjuán, P. y Pérez-García, A.M. (2003). Personalidad y vida afectiva I: Afectos positivos. En J. Bermúdez, A.M. Pérez-García y P. Sanjuán, *Psicología de la personalidad. Teoría e investigación. Volumen II* (pp.21-54). Madrid: UNED.
- Sanjuán, P., Pérez-García, A.M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.

- Sarason, I. G., Johnson, J. H. y Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experience survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 932-946.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (Ed.) (1985). *Social support: Theory, research and applications*. The Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. y Pierce, G.R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Sarkar, U., Ali, S. y Whooley, M.A. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: Findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine, 69*, 306-312.
- Sarkar, U., Ali, S. y Whooley, M.A. (2009). Self-Efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: Findings from the heart and soul study. *Health Psychology, 28*, 166-173.
- Sarkar, U., Fisher, L. y Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care, 29*, 823-829.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381-405.
- Schaufelberger, M. y Rosengren, A. (2007). Heart failure in different occupational classes in Sweden. *European Heart Journal, 28*, 212-218.

- Scheier, M. F. y Bridges, M. W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shares determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 255-268.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized expectancies on health. *Journal of Personality*, *55*, 169-210.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 1063-1078.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. En E.C. Chang (Ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 189-216). Washington: American Psychological Association.
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, R. y Carver, C. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1024-1040.
- Schiffer, A., Pedersen, S., Broers, H., Widdershoven, J. y Denollet, J. (2008). Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart

- failure patients at 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 106, 73-81.
- Schnall, P.L., Allred, K.D., Morrison, C.A. y Carlson S.D. (1990). The relationship between "jobstrain" workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index: Results of a case control study. *Journal of the American Medical Association*, 63, 129-135.
- Schnall, P.L., Landsbergis, P.A. y Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, 15, 381-411.
- Schneiderman, N. (1983). Animal models of coronary heart disease. En D.S. Krantz, A.Baum y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. New York: Erlbaum.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L. y Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13, 309-320.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universit.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4, 115-127.
- Schwitzer, R. D., Head, K.B. y Dwyer, J. (2007). Psychological factors and treatment adherence behavior in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 76-83.

- Scuteri, A., Parsons, D., Chesney, M.A. y Anderson, D.E. (2001). Anger inhibition potentiates the associations of high end-tidal CO₂ with blood pressure in women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 470-475.
- Seeman, M. y Evans, J.W. (1972). Alienation and learning in a hospital setting. *American Sociological Review*, 27, 772-783.
- Seeman, M. y Seeman, T.E. (1983). Health behavior and personal autonomy: A longitudinal study of the sense of control in illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 144-160.
- Segovia, J., Alonso-Pulpón, L., Pereira, R. y Silva, L. (2004). Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 57, 250-259.
- Selbie, H., Smith, B. H., Elliott, A. M., Teunisse, S., Chambers, W. A. y Hannaford, P. C. (2004). A validation of the psychological vulnerability scale and its use in chronic pain. *Pain Clinic*, 16, 153-162.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Madrid: Ediciones B.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Serrano, M.A., Moya-Albiol, L. y Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25, 150-159.
- Shapiro, D., Goldstein, I.B. y Jammer, L.D. (1996). Effects of cynical hostility, anger out, anxiety, and defensiveness on ambulatory blood pressure in black and white college students. *Psychosomatic Medicine*, 58, 354-364.

- Sheifer, S.E., Rathore, S.S., Gersh, B.J., Weinfurt, K.P., Oetgen, W. J., Breall, J.A. y Schulman, K.A. (2000). Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: Associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. *Circulation*, *102*, 1651-1656.
- Shekelle, R.B., Billing, J.H., Borhani, N.O., Gerace, T.A., Hulley, S.B., Jacobs, D.R., Lasser, N.L., Mittlemark, N.B., Neaton, J.D. y Stamler, J. (1985). The MRFIT behavior pattern study: II Type A behavior and incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, *122*, 559-570.
- Shekelle, R.B., Gale, M. y Norusis, M. (1985). Type A score (Jenkins Activity Survey) and risk of recurrent coronary heart disease in the aspirin myocardial infarction study. *American Journal of Cardiology*, *56*, 221-225.
- Shekelle, R.B., Gale, M., Ostfeld, A.M. y Paul, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, *45*, 109-114.
- Shen, J.J., Wan, T.T. y Perlin J.B. (2001). An exploration of the complex relationship of socioecologic factors in the treatment and outcomes of acute myocardial infarction in disadvantaged populations. *Health Services Research*, *36*, 711-732.
- Shepperd, J.A., Maroto, J.J. y Pbert, L.A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, *30*, 517-534.
- Sher, L. (2005). Type D personality: The heart, stress, and cortisol. *Quarterly Journal of Medicine*, *98*, 323-329.

- Shumaker, S.A., Brooks, M.M., Schron, E.B., Hale, C., Kellen, J.C., Inkster, M., Wimbush, F.B., Wiklund, F.B. y Morris, M. (1997). Gender differences in health-related quality of life among postmyocardial infarction patients: Brief report. *Women's Health*, 3, 53-60.
- Siegel, J. M. (1986). The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 191-200.
- Siegler, I.C. (1994). Hostility and risk: Demographic and lifestyle variables. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 199-214). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sinclair, V.G. y Wallston, K.A. (1999). The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 119-129.
- Sinclair, V.G. y Wallston, K. A. (2001). Predictors of improvement in a cognitive-behavioral intervention for women with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 291-297.
- Singh, S. y Mansi, S. (2009). Psychological Capital as Predictor of Psychological Well Being. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 233-238.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. En W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 23-42). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T.W. (1995). Assessment and modification of coronary-prone behavior: A transactional view of the person in social context. En A. J. Goreczny (Ed.),

- Handbook of health and rehabilitation psychology* (pp.197-217). New York: Plenum.
- Smith, T.W. y Gallo, L.C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. En A. Baum, T. A. Revenson y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 139-172). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smith, T.W. y Rhodewalt, F. (1986). On states, traits, and processes: A transactional alternative to the individual difference assumptions in Type A behavior and physiological reactivity. *Journal of Research in Personality*, 20, 229-251.
- Smith, T.W. y Sanders, J.B. (1986). Type A behavior, marriage, and the heart: Person by situation interactions and the risk of coronary disease. *Behavioral Medicine Abstracts*, 7, 59-67.
- Smith, M.S., Wallston, K.A. y Smith, C.A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10, 51-64.
- Snaith, R.P. (1992). Availability of the Hospital Anxiety Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 422.
- Sniehotta, F.F., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behavior gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20, 143-160.
- Snyder, C. R. y Lopez, S. J. (Eds.) (2002). *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S. y Crane, R. (1983). Assessment of anger: The State- Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment. Vol.2*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A. y Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger. Construction and validation of an Anger Expression Scale. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioural disorders*. New York, Hemisphere/McGraw-Hill.
- Spielberger, C.D., Krasner S.S. y Solomon E.P. (1988). The experience, expression and control of anger. En M. P. Janisse (Eds.), *Health psychology: Individual differences and stress*. New York: Springer Verlag Publishers.
- Stanton, A.L. y Zinder, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology, 12*, 16-23.
- Stewart, S., Murphy, N.F., McMurray, J.J.V., Jhund, P., Hart, C.L. y Hole, D. (2006). Effect of socioeconomic deprivation on the population risk of incident heart failure hospitalization: An analysis of the Renfrew/Paisley Study. *European Journal of Heart Failure, 8*, 856-863.
- Strickland, B.R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1192-1211.
- Strik, J.J., Denollet, J., Lousberg, R. y Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health

- care consumption after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 42, 1801-1807.
- Strube, M.J. y Werner, C.M. (1985). Relinquishment of control and the Type A behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 688-701.
- Struthers, A.D., Anderson, G., Donnan, P.T. y MacDonald. (2000). Social deprivation increases cardiac hospitalizations in chronic heart failure independent of disease severity and diuretic non-adherence. *Heart*, 83, 12-16.
- Suarez, E.C., Kuhn, C.M., Schanberg, S.M., Williams, R.B. y Zimmermann, E.A. (1998). Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: The role of interpersonal challenge. *Psychosomatic Medicine*, 60, 78-88.
- Suarez, E.C. y Williams, R.B. (1990). The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52, 558-570.
- Subramanian, U., Hopp, F., Mitchinson, A. y Lowery, J. (2008). Impact of provider self-management education, patient self-efficacy, and health status on patient adherence in heart failure in a veterans administration population. *Congestive Heart Failure*, 14, 6-11.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J. y Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: A six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 473-478.
- Suls, E.C., Becker, M. y Mullen, B. (1981). Coronary-prone behavior, social insecurity and stress among college age adults. *Journal of Human Stress*, 7, 27-34.

- Suls, J. y Wan, C.K. (1993). The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: A quantitative review and analysis. *Psychophysiology*, 30, 615-626.
- Suskin, N., Sheth, T., Negassa, A. y Yusuf, S. (2001). Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *Journal of The American College of Cardiology*, 37, 1677-1682.
- Swedberg, K., Cleland, J., Dargie, H., Drexler, H., Follath, F., Komajda, M., Tavazzi, L. y Smiseth, O.A. (2005) Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *European Heart Journal*, 26, 1115-1140.
- Task Force on heart failure of the European Society of Cardiology (1995). Guidelines for the diagnosis of heart failure. *European Heart Journal*, 16, 741-751.
- Testa, M.A. y Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 833-840.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- Theorell, T.G.T. (1982). Review of research on life events and cardiovascular illness. *Advances in Cardiology*, 29, 140-147.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 23, 145-159.

- Thomas, S.A., Wince Chapa, D., Friedmann, E., Durden, Ch., Ross, A., Lee, M.C.Y. y Lee, H.J. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse*, 28, 40-55.
- Torpy, J.M., Burke, A.E. y Glass, R.M. (2007). Acute emotional stress and the heart. *Journal of the American Medical Association*, 298, 360.
- Trivedi, R.B., Blumenthal, J.A., O'Connor, C., Adams, K., Hinderliter, A., Dupree, C., Johnson, K. y Sherwood, A. (2009). Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *Psychosomatic Research*, 67, 339-346.
- Tsuchihashi-Makaya, M., Kato, N., Chishaki, A., Takeshita, A. y Tsutsui, H. (2009). Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circulation*, 73, 280-287.
- Tsuchihashi-Makaya, M., Tsutsui, H., Kodama, K., Kasagi, F., Setoguchi, S., Mohr, M., Kubota, T. y Takeshita, A. (2001). Medical and socio-environmental predictors of hospital readmission in patients with congestive heart failure. *American Heart Journal*, 142, E7.
- Turner, R.J. (1983). Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. En H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress. Trends in theory and research* (pp. 105-155). New York: Academic Press.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J.T. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis

- on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J.T., Malarkey, W. y Glaser, R. (1995). Individual differences in cardiac sympathetic control predict endocrine and immune responses to acute psychological stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 736-743.
- Urquijo, S., Giles, M., Richard's, M. y Pianzola, E. (2003). Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 32, 190-198.
- Usall I Rodié, J. (2001). Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría* 29, 269-274.
- Vaccarino, V., Kasl, S.V., Abramson, J. y Krumholz, H.M. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 38, 199-205.
- Van Heck, G.L. (1997). Personality and physical health: Toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.
- Veenstra, M., Moum, T. y Røysamb, E. (2005). Relationships between health domains and sense of coherence: A two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Quality of Life Research*, 14, 1455-1465.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A., Tobon, S. y Moreno, E. (2005a). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad resistente y autoeficacia

- en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, S. (2005b). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15, 207-220.
- Vögele, C. (1998). Serum lipid concentrations, hostility and cardiovascular reactions to mental stress. *International Journal of Psychophysiology*, 28, 167-179.
- Vollman, M.W., LaMontagne, L.L. y Hepworth, J.T. (2007). Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nurse*, 22, 125-130.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Wallston, B.S, Alagna, S.W, DeVellis, B.M y DeVellis, R.F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2, 367-391.
- Wallston, B.S. y Wallston, K.A. (1981). Health locus of control. En H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct: Vol.1. Assessment methods*. New York: Academic Press.
- Wallston, K.A. y Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health?: The construct of health locus of control. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp.65-95). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Wallston, K.A. y Wallston, B.S. (1984). Social psychological models of health behavior: An examination and integration. En A. Baum, S. Taylor y J.E. Singer (Ed.), *Handbook of psychology and health: Vol. IV: Social aspects of health* (pp.23-53). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.
- Watson, D. y Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, *64*, 737-774.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*, 219-235.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J.S., Clark, L.A., Strauss, M.E. y McCormick, R. A. (1995a). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 3-14.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J.S., Clark, L.A., Strauss, M.E. y McCormick, R. A. (1995b). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 15-25.
- Wei, L., Wang, J., Thompson, P., Wong, S., Struthers, A.D. y MacDonald, T.M. (2002). Adherence to statin treatment and readmission of patients after myocardial infarction: A six year follow up study. *Heart*, *88*, 229-233.

- Weidner, G. y Matthews, K.A. (1978). Reported physical symptoms elicited by unpredictable events and the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of personality and Social Psychology*, 36, 1213-1220.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of Health-Protective Behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Westlake, C., Dracup, K., Creaser, J., Livingston, N., Heywood, J.T., Huiskes, B.L., Fonarow, G. y Hamilton, M. (2002). Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 31, 85-93.
- Wielgosz, A.T. y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.
- Wiklund, I., Herlitz, J., Johansson, S., Bengtson, A., Karlson, B.W. y Persson, N.G. (1993). Subjective symptoms and well-being differ in woman and men after myocardial infarction. *European Heart Journal*, 14, 1315-1319.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Malhi, G., Mitchell, P., Austin, M.P., Kotze, B., Niven, H. y Parker, G. (2005). Great expectations: Factors influencing patient expectations and doctors recommendations at a Mood Disorders Unit. *Journal of Affective Disorders*, 88, 187-192.
- Williams, R.B. (2001). Hostility (and other psychosocial risk factors): Effects on health and the potential for successful behavioral approaches to prevention

and treatment. En A.Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 661-668). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C. y Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 267, 520-524.

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Harvey, T.L., Lee, K.L., Kong, Y.H., Blumenthal, J.A. y Whalen, R.E. (1980). Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42, 539-549.

Williams, S.A., Kasl, S.V., Heiat, A., Abramson, J.L., Krumholz, H.M. y Vaccarino, V. (2002). Depression and risk of heart failure among the elderly: A prospective community-based-study. *Psychosomatic Medicine*, 64, 6-12.

Wills, T.A. y Filer Fegan, M. (2001). Social networks and social support. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Ed.), *Handbook of health psychology* (pp.209-234). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wilson, I.B. y Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with Health-Related Quality of Life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.

Wolf, M.S., Davis, T.C., Osborn, C.Y., Skripkauskas, S., Bennett, C.L. y Makoul, G. (2007). Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 65, 253-260.

- Wood, P. (1950). *Diseases of the heart and circulation*. London: Eyre-Spottis Woode.
- Woodgate, J. y Brawley, L.R. (2008). Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation. *Journal of Health Psychology, 13*, 366-387.
- Yamani, M. y Massie, M B. (1993). Congestive heart failure: Insights from epidemiology, implications for treatment. *Mayo Clinic Procedures, 68*, 1214-1218.
- Young, J.B. (1997). Section VI. Heart failure and transplantation. En E.J. Topol (Ed.), *Textbook of cardiovascular medicine* (pp. 2179-2352). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Younger, J., Marsh, K. y Grap, M.J. (1995). The relationship of health locus of control and cardiac rehabilitation to mastery of illness-related stress. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 294-299.
- Yu, D.S., Lee, D.T., Kwong, A.N., Thompson, D.R. y Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure: A review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing, 61*, 474-83.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dand, T., Avezum, A., Lanas, F., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. y Lisheng, L. (2004). Effect of potentially risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet, 364*, 937-952.
- Zelyn, M., Adler, G. y Myerson, P. G. (1972). Anger self-report: An objective questionnaire for the measurement of aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*, 340.

Zevon, M.A. y Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 111-122.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

IV- ANEXOS

Anexo 1

Escala de Resiliencia (*Ego-Resiliency Scale - ER89*)

Autores: Block y Kremen (1996)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.

Ítems:

	No, en absoluto					Total-mente
1. Soy generoso con mis amigos	0	1	2	3	4	5
2. Me recupero rápidamente de los sobresaltos	0	1	2	3	4	5
3. Disfruto tratando con situaciones nuevas e inusuales	0	1	2	3	4	5
4. Normalmente consigo causar una buena impresión a los demás	0	1	2	3	4	5
5. Disfruto probando nuevos platos que nunca antes he comido	0	1	2	3	4	5
6. Los demás me consideran una persona muy activa	0	1	2	3	4	5
7. Me gusta probar distintos caminos para ir a sitios conocidos	0	1	2	3	4	5

8. Soy más curioso que la mayoría de la gente	0	1	2	3	4	5
9. La mayoría de las personas que conozco son simpáticas	0	1	2	3	4	5
10. Generalmente, pienso cuidadosamente las cosas antes de actuar	0	1	2	3	4	5
11. Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes	0	1	2	3	4	5
12. Mi vida diaria está llena de cosas que me resultan interesantes	0	1	2	3	4	5
13. No tengo inconveniente en asegurar que tengo una personalidad bastante “fuerte”	0	1	2	3	4	5
14. Se me pasa bastante rápido cuando me enfado con alguien	0	1	2	3	4	5

Corrección:

Suma directa de los 14 ítems. A mayor puntuación, mayor resiliencia.

Referencia:

Block, J. y Kremen, A. M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.

Anexo 2

Escala de Vulnerabilidad Psicológica (*Psychological Vulnerability Scale*)

Autores: Sinclair y Wallston (1999), adaptación española de Rueda, Pérez-García, Sanjuán y Ruiz (2007).

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.

Ítems:

	No, en absoluto					Totalmente
1. Si no logro alcanzar los objetivos que me planteo, me siento fracasado	0	1	2	3	4	5
2. Creo que tengo derecho a ser tratado por los demás mejor que como lo hacen	0	1	2	3	4	5
3. A menudo me siento inferior al resto de las personas	0	1	2	3	4	5
4. Necesito la aceptación de los demás para sentirme bien	0	1	2	3	4	5
5. Tiendo a ponerme metas demasiado altas, y me siento frustrado cuando no las consigo	0	1	2	3	4	5
6. Me siento fatal cuando los demás se aprovechan de mí	0	1	2	3	4	5

Corrección:

Suma directa de los 6 ítems. A mayor puntuación, mayor vulnerabilidad

Referencias:

Rueda, B., Pérez-García, A. M., Sanjuán, P. y Ruiz, M. A. (2007). The Psychological Vulnerability Measurement: Psychometric characteristics and validation in nonclinical population. En P. M. Goldfarb (Ed.), *Psychological tests and testing research* (pp. 39-54). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

Sinclair, V. G., y Watson, K. A. (1999). The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 119-129.

Anexo 3

Escala de Autoeficacia Generalizada (General Self-Efficacy Scale)

Autores: Baessler y Schwarzer (1996), Schwarzer (1993)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.

Ítems:

	No, en absoluto					Totalmente
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	0	1	2	3	4	5
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	0	1	2	3	4	5
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	0	1	2	3	4	5
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	0	1	2	3	4	5
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	0	1	2	3	4	5
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	0	1	2	3	4	5
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	0	1	2	3	4	5

8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	0	1	2	3	4	5
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	0	1	2	3	4	5
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	0	1	2	3	4	5

Corrección:

Suma directa de los 10 ítems. Una puntuación alta indica una mayor percepción de autoeficacia general.

Referencias:

Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universit.

Anexo 4

Apoyo Social Percibido (Subescala del Cuestionario de Calidad de Vida)

Autores: Ruiz y Baca (1993)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo el número que refleje mejor su situación personal en este momento.

Ítems:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas con las que convive?	1	2	3	4	5
2. ¿Siente que le quieren las personas que le importan?	1	2	3	4	5
3. ¿Tiene buenas relaciones con su familia?	1	2	3	4	5
4. ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?	1	2	3	4	5
6. ¿Desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias o, si no tiene relaciones, le gustaría tenerlas?	1	2	3	4	5
7. ¿Tiene con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?	1	2	3	4	5
8. ¿Está satisfecho con los amigos que tiene?	1	2	3	4	5
9. ¿Le satisface la vida social que hace?	1	2	3	4	5

Corrección:

Suma de los nueve ítems, una vez invertida la puntuación del número 6. A mayor puntuación, mayor satisfacción con el apoyo social recibido.

Referencia:

Ruiz, M. A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the “Quality of Life Questionnaire”: A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.

Anexo 5

Escala de Expresión de la Ira

Autores: Spielberger, Jacobs, Rusell y Crane (1983); versión española Miguel Tobal, Casado, Cano y Spielberger (2001). Forma parte del Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado (STAXI-2).

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.

Ítems:

CUANDO ESTOY ENFADADO O FURIOSO	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Controlo mi temperamento	1	2	3	4
2. Expreso mi ira	1	2	3	4
3. Me guardo para mí lo que siento	1	2	3	4
4. Hago comentarios irónicos de los demás	1	2	3	4
5. Mantengo la calma	1	2	3	4
6. Hago cosas como dar portazos	1	2	3	4
7. Ardo por dentro aunque no lo demuestro	1	2	3	4
8. Controlo mi comportamiento	1	2	3	4
9. Discuto con los demás	1	2	3	4
10. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	1	2	3	4

11. Puedo controlarme y no perder los estribos	1	2	3	4
12. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	1	2	3	4
13. Digo barbaridades	1	2	3	4
14. Me irrito más de lo que la gente se cree	1	2	3	4
15. Pierdo la paciencia	1	2	3	4
16. Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4
17. Rehuyo encararme con aquello que me enfada	1	2	3	4
18. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	1	2	3	4
19. Respiro profundamente y me relajo	1	2	3	4
20. Hago cosas como contar hasta diez	1	2	3	4
21. Trato de relajarme	1	2	3	4
22. Hago algo sosegado para calmarme	1	2	3	4
23. Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	2	3	4
24. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	1	2	3	4

Corrección:

- q *Expresión de la ira hacia fuera* (6 Ítems: 2, 4, 6, 9, 13 y 15);
- q *Expresión de la ira hacia dentro* (6 Ítems: 3, 7, 10, 12, 14 y 17);
- q *Control de la Ira* (12 Ítems: 1, 5, 8, 11, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24)

Referencias:

- Miguel Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano, A. y Spielberger, C. D. (2001). (*STAXI-2*). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Spielberger, CD., Jacobs, G., Rusell, S., y Crane, R. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment*. Vol.2. Hillsdale, NJ: LEA.

Anexo 6

Escala de Sucesos Vitales

Autores: Bermúdez, Sánchez-Elvira, Pérez-García y Oíz (1991); basada en las escalas de Holmes y Rahe (1967) y Sarason, Johnson y Siegel (1978).

Instrucciones: Señale si alguno de los hechos que figuran a continuación le han sucedido en los últimos dos años. Sólo cuando algo le haya ocurrido (haya marcado SI) indique en qué medida supuso para usted una vivencia estresante, rodeando con un círculo el número que mejor recoja el nivel de estrés de esta experiencia.

Ítems:

BLOQUE 1 (FAMILIAR Y PERSONAL)	Ocurrencia	
1. Muerte de su cónyuge o pareja	SI	NO
2. Muerte de un miembro de su familia	SI	NO
3. Matrimonio	SI	NO
4. Problemas importantes en su matrimonio	SI	NO
5. Separación	SI	NO
6. Divorcio	SI	NO
7. Enfermedades o accidentes graves en su familia	SI	NO
8. Dificultades económicas familiares	SI	NO
9. Cambio de hogar familiar	SI	NO
10. Problemas con los hijos	SI	NO
11. Cambio en el número de miembros de la familia que viven en la casa	SI	NO
12. Nacimiento de un hijo	SI	NO
13. Embarazo no deseado (por usted o por su pareja)	SI	NO

14. Dificultades en lograr un embarazo o en mantener el mismo	SI	NO
15. Enfermedad personal grave	SI	NO
16. Muerte o enfermedad grave de un amigo	SI	NO
17. Fracaso personal importante	SI	NO

BLOQUE 2 (LABORAL Y ECONÓMICO)	Ocurrencia	
18.Estar en el paro	SI	NO
19.Ser despedido en el trabajo	SI	NO
20.Cambio a un trabajo de categoría inferior	SI	NO
21.Ser postergado en la promoción de la empresa	SI	NO
22.Cambio de jefes	SI	NO
23.Conflictos importantes en el trabajo	SI	NO
24.Problemas con el jefe o superiores	SI	NO
25.Problemas con los colaboradores o subordinados	SI	NO
26.Informe negativo acerca de la realización de su trabajo	SI	NO
27.Aumento de responsabilidades	SI	NO
28.Ascenso profesional importante	SI	NO
29.Compañía con dificultades financieras	SI	NO
30.Logros profesionales importantes	SI	NO
31.Reducción de responsabilidades	SI	NO
32.Cambio en el número de horas laborables	SI	NO
33.Cambio en la localización del lugar de trabajo	SI	NO
34.Cambio de trabajo	SI	NO
35.Reducción considerable de ingresos	SI	NO
36.Pérdida en inversiones	SI	NO
37.Comprometerse en el pago de cantidades importantes de dinero	SI	NO
38.Vencimiento de un crédito, préstamo o hipoteca	SI	NO

Corrección:

Suma directa de los ítems de cada bloque. A mayor puntuación, mayor estrés familiar y/o laboral

Referencias:

Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, A, Pérez-García, A. M. y Oíz, B. (1991). *Factores psicosociales asociados al desarrollo de alteraciones cardiovasculares: Su incidencia en la Comunidad Navarra*. Memoria de Investigación: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Sarason, I. G., Johnson, J. H. y Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experience survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.

Anexo 7

Escala Abreviada de Afrontamiento (Brief COPE)

Autor: Carver (1997)

Instrucciones: Las frases que aparecen a continuación recogen distintas formas en que las personas reaccionan ante situaciones difíciles, estresantes o preocupantes. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número del 0 al 3 que mejor indique en qué medida suele usted desarrollar cada una de estas actividades cuando se encuentra ante una situación difícil, estresante o preocupante.

Ítems:

	No, en absoluto			Totalmente
1. Concentro mis esfuerzos en hacer algo para solucionar la situación en la que estoy	0	1	2	3
2. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	0	1	2	3
3. Intento verlo de forma diferente para que parezca más positivo	0	1	2	3
4. Acepto la realidad de lo que sucede	0	1	2	3
5. Hago bromas sobre ello	0	1	2	3
6. Intento encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales	0	1	2	3
7. Consigo apoyo emocional de los demás	0	1	2	3
8. Intento conseguir consejo o ayuda de otras personas sobre qué hacer	0	1	2	3
9. Me vuelco en el trabajo o en otras actividades para mantener mi mente ocupada con otras cosas	0	1	2	3
10. Me digo a mí mismo "esto no es real"	0	1	2	3
11. Digo cosas que permitan aflorar mis sentimientos más desagradables	0	1	2	3
13. Renuncio a intentar tratar con ello	0	1	2	3
14. Me critico a mí mismo	0	1	2	3
15. Llevo a cabo alguna acción que mejore la situación	0	1	2	3
16. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar	0	1	2	3
17. Trato de buscar algo bueno en lo que está sucediendo	0	1	2	3

18. Aprendo a vivir con ello	0	1	2	3
19. Me río de la situación	0	1	2	3
20. Rezo o medito	0	1	2	3
21. Consigo consuelo y comprensión de alguien	0	1	2	3
22. Consigo ayuda y consejo de otras personas	0	1	2	3
23. Hago algo que me mantenga distraído, como ir al cine, ver la tele, leer, soñar	0	1	2	3
24. Me niego a creer que esto ha sucedido	0	1	2	3
25. Expreso mis sentimientos negativos	0	1	2	3
26. Bebo alcohol o tomo drogas para ayudarme a superarlo	0	1	2	3
27. Abandono cualquier intento de hacer frente al problema	0	1	2	3
28. Me culpo por las cosas que me suceden	0	1	2	3

Corrección:

- Afrontamiento activo: 1 + 15
- Planificación: 2 + 16
- Reevaluación positiva: 3 + 17
- Aceptación: 4 + 18
- Humor: 5 + 19
- Religión: 6 + 20
- Utilización de apoyo emocional: 7 + 21
- Utilización de apoyo instrumental: 8 + 22
- Auto-distracción: 9 + 23
- Negación: 10 + 24
- Desahogarse: 11 + 25
- Consumo de sustancias: 12 + 26
- Abandono: 13 + 27
- Autoculpa: 14 + 28

Referencia:

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.

Anexo 8

Cuestionario de Satisfacción con la Vida

Autores: Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985); traducción de Moreno-Jiménez (2007)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.

Ítems:

	No, en absoluto					Totalmente
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se parece a mi ideal	0	1	2	3	4	5
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	0	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con mi vida	0	1	2	3	4	5
4. He conseguido gran parte de lo que quiero en mi vida	0	1	2	3	4	5
5. Si pudiera vivir de nuevo cambiaría pocas cosas en mi vida	0	1	2	3	4	5

Corrección:

Suma directa de los 5 ítems. A mayor puntuación, mayor satisfacción con la vida

Referencias:

Cabañero, M.J., Richart, M., Cabrero, J., M.I., Reig, A. y Tosal, B. (2004).

Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Anexo 9

Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule - PANAS)

Autores: Watson, Clark y Tellegen (1988); versión española de Sandín y Chorot (1995)

Instrucciones: A continuación se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones. Lea cada palabra y rodee con un círculo el número que mejor refleje cómo se siente usted generalmente.

Ítems:

	Nada o Casi Nunca	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo		Nada o Casi Nunca	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1. Interesado/a	1	2	3	4	5		11. Irritable	1	2	3	4	5
2. Tenso (Malestar)	1	2	3	4	5		12. Alerta (Despierto/a)	1	2	3	4	5
3. Estimulado/a	1	2	3	4	5		13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a	1	2	3	4	5		14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
5. Fuerte (Enérgico/a)	1	2	3	4	5		15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5		16. Decidido/a	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5		17. Atento/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5		18. Miedoso/a	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5		19. Activo/a	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a	1	2	3	4	5		20. Temeroso/a (Atemorizado/a)	1	2	3	4	5

Corrección:

Suma directa de los 10 ítems correspondientes a afecto positivo y afecto negativo.

A mayor puntuación, mayor afecto positivo y negativo, respectivamente.

Afecto positivo: 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 y 19.

Afecto negativo: 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20

Referencias:

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M.

(1999). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*, 37-51.

Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.

Anexo 10

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADs)

Autores: Zigmond y Snaith, 1983.

Instrucciones: Piense cómo se sintió a lo largo de la semana pasada. A continuación, marque con una X, la forma que mejor describa cómo se sintió en ese momento.

Ítems:

1. Me sentí tenso o nervioso
<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
2. Seguí disfrutando con lo que antes me gustaba
<input type="checkbox"/> Como siempre <input type="checkbox"/> No lo bastante <input type="checkbox"/> Sólo un poco <input type="checkbox"/> Nada
3. Tuve una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
<input type="checkbox"/> Definitivamente, y es muy fuerte <input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte <input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa <input type="checkbox"/> Nada
4. Pude reírme y ver el lado divertido de las cosas
<input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice <input type="checkbox"/> No tanto ahora <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tuve mi mente llena de preocupaciones
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones
6. Me sentí alegre
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Muy a menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre
7. Pude sentirme relajado
<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Por lo general <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sentí que cada día estaba más lento
<input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento <input type="checkbox"/> Muy a menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca

9. Tuve una sensación extraña, como de “hormiguelo” en el estómago	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> En ciertas ocasiones	<input type="radio"/> Con bastante frecuencias	<input type="radio"/> Muy a menudo
10. Perdí interés por mi aspecto personal	<input type="radio"/> Totalmente	<input type="radio"/> No me preocupo tanto como debiera	<input type="radio"/> Podría tener un poco más de cuidado	<input type="radio"/> Me preocupo al igual que siempre
11. Me sentí inquieto, como si no pudiera parar de moverme	<input type="radio"/> Mucho	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Algo	<input type="radio"/> Nada
12. Me sentí optimista respecto del futuro	<input type="radio"/> Igual que siempre	<input type="radio"/> Menos de lo acostumbrado	<input type="radio"/> Mucho menos de lo acostumbrado	<input type="radio"/> Nada
13. Me asaltaron sentimientos repentinos de pánico	<input type="radio"/> Muy frecuentemente	<input type="radio"/> Bastante a menudo	<input type="radio"/> No muy a menudo	<input type="radio"/> Nada
14. Me divertí con un buen libro, la radio o un programa de televisión	<input type="radio"/> A menudo	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Más bien poco	<input type="radio"/> Apenas nada

Corrección:

Las altas puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad, depresión, o considerados conjuntamente, malestar emocional o estado de ánimo negativo. Cada respuesta se puntúa de 4 a 1, excepto los ítems 2, 4, 7, 9, 12 y 14, en los que se invertiría la puntuación (de 1 a 4)

Escala de Ansiedad: 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13

Escala de Depresión: 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14

Referencia:

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anexo 11

Listado de Síntomas Globales

Autores: Bermúdez, Sánchez-Elvira, Pérez-García y Oíz (1991)

Instrucciones: Indique, de la lista de síntomas recogida a continuación, cuáles padece en la actualidad o ha padecido en los últimos meses, marcando con una cruz el cuadro que aparece junto a cada uno.

Ítems:

- | | |
|---|--|
| 1. Tensión | 19. Enfermedades infecciosas en general |
| 2. Excitación | 20. Tos |
| 3. Nervios | 21. Estornudos |
| 4. Irritabilidad | 22. Sensación de falta de aire o asma |
| 5. Cansancio | 23. Dificultad para conciliar el sueño |
| 6. Debilidad | 24. Insomnio |
| 7. Falta de apetito para las comidas | 25. Pesadillas |
| 8. Molestias, ardor o dolor de estómago | 26. Necesidad excesiva de dormir |
| 9. Gases | 27. Artritis reumática |
| 10 Náuseas | 28. Artrosis |
| 11. Gastritis o acidez de estómago | 29. Dolores de cabeza en ambos lados
generalmente en parte trasera o frente |
| 12. Vómitos | 30. Rigidez o dolor en articulaciones (en
espalda, brazos o piernas) |
| 13. Úlcera de estómago o duodeno | 31. Calambres o espasmos musculares |
| 14. Diarreas | 32. Dolores musculares |
| 15. Estreñimiento | 33. Dolores en la nuca o zona cervical |
| 16. Catarros, resfriados comunes o gripes | 34. Dolores en la zona lumbar |
| 17. Anemias | |
| 18. Fiebre | |

Corrección:

Suma de los síntomas indicados. A mayor puntuación, mayor sintomatología general informada.

Referencia:

Bermúdez, J, Sánchez-Elvira, A., Pérez-García, A. M. y Oíz, B. (1991). *Factores psicosociales asociados al desarrollo de alteraciones cardiovasculares: Su incidencia en la Comunidad Navarra*. Memoria de Investigación: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Anexo 12

Listado de Síntomas Cardiovasculares

Autores: Bermúdez, Sánchez-Elvira, Pérez-García y Oíz (1991)

Instrucciones: Indique, de la lista de síntomas recogida a continuación, cuáles padece en la actualidad o ha padecido en los últimos meses, marcando con una cruz el cuadro que aparece junto a cada uno.

Ítems:

1. Dolores de cabeza, generalmente en un sólo lado (derecho o izquierdo) al iniciarse el dolor
2. Dolores de cabeza, generalmente asociados a náuseas o vómitos
3. Palpitaciones
4. Taquicardia
5. Percepción de latido cardiaco
6. Arritmias cardiacas
7. Tensión arterial alta (hipertensión)
8. Tensión arterial baja (hipotensión)
9. Sensación de dolor u opresión en el pecho
10. Mareos
11. Sudores fríos
12. Dificultad para respirar hondo
13. Respiración muy rápida

Corrección:

Suma de los síntomas indicados. A mayor puntuación, mayor sintomatología cardiovascular informada.

Referencia:

Bermúdez, J, Sánchez-Elvira, A., Pérez-García, A. M. y Oíz, B. (1991). *Factores psicosociales asociados al desarrollo de alteraciones cardiovasculares: Su incidencia en la Comunidad Navarra*. Memoria de Investigación: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Anexo 13

Información a los pacientes y consentimiento informado

Estamos realizando una investigación, en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) con la colaboración del Servicio de Cardiología del Hospital San Carlos de Madrid, para analizar el papel que el estrés y determinadas formas de actuar, pensar y sentir, tienen en la prevención de la enfermedad, y en la mejor adaptación a los problemas de tipo cardiovascular.

Le invitamos a participar en este proyecto. Para ello, tendrá que rellenar dos cuestionarios: el primero, a lo largo de la próxima semana, y el segundo, dentro de un año, aproximadamente. Las preguntas de estos cuestionarios no tienen respuestas correctas o incorrectas, sino que recogen su forma de pensar, sentir o actuar ante los problemas o las distintas circunstancias de la vida.

Necesitamos su permiso para utilizar sus respuestas en nuestro trabajo, y relacionarlas con los datos médicos de las pruebas que le han realizado en este servicio del hospital. Le garantizamos que sus datos personales serán destruidos en el momento en que asignemos a sus respuestas un código que permita conservar la privacidad de la información.

Si quiere participar con nosotros, sólo tiene que firmar en la línea de puntos y proporcionarnos los datos necesarios para el desarrollo de la investigación en el cuestionario que, a continuación, le entregaremos.

Yo , Don/Doña.....

acepto participar en el proyecto y doy mi permiso para que utilicen mis respuestas a las pruebas realizadas con fines investigadores.

Fdo.:

Teléfono de contacto:

Anexo 14

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
Hospital Clínico San Carlos
Área 7 -Madrid-

Tel. 91.330 38 19/ Fax. 91.330 32 99
e.mail:ceic.hcsc@salud.madrid.org

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

DÑA. M^º DEL MAR GARCÍA ARENILLAS, SECRETARIA DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID.

HACE CONSTAR:

Que el proyecto de investigación titulado "**Proyecto de tesis doctoral; influencia de la personalidad y aspectos psicosociales en la enfermedad cardiovascular: hostilidad y progresión de la enfermedad**" con código interno n^º E-08/270, del que es Investigadora Principal Dña. **Silvia Oliván Torres**, Auxiliar de Enfermería del Hospital Clínico San Carlos de Madrid ha sido estudiado por este Comité, no habiéndose realizado objeción alguna al mismo.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho proyecto.

Madrid, 17 de Julio de 2008



Fdo: Dra. García Arenillas

Anexo 15

 **DISTRITO
DE MONCLOA-ARAVACA**
madrid

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
A LA CIUDADANIA
Plaza de la Moncloa, nº 1
Tfn: 91.588.69.74/75

Dña. Silvia Oliván Torres
Avda. Filipinas nº 38 – Planta 8
28003 MADRID



Madrid, 20 de enero de 2009

Estimada señora,

Vista su solicitud, le informo que se le autoriza a pasar el cuestionario en los Centros Municipales de Mayores del Distrito Moncloa Aravaca, sin bien se solicitará la colaboración voluntaria de los mayores, y se realizará en espacios y horarios previamente acordados con la Coordinadora de los Centros Municipales de Mayores, tanto en lo que respecta a la captación como a la realización.

Contacto:

Dña. Margarita Meyer
Teléfonos: 91 3769252 (ext. 46744) y 91 3769144

Un saludo,

**JEFA DE DEPARTAMENTO DE
SERVICIOS A LA CIUDADANIA**


Rosario González García



CI 209.001.01

Anexo 16

Pruebas de homogeneidad de las varianzas Sexo x Grupo (IC y control)

Variables	Contraste de Levene	
	F _(3,116)	Sign.
Resiliencia	,41	,745
Vulnerabilidad	,41	,745
Autoeficacia	,87	,459
Apoyo Percibido	1,74	,162
Estrés personal	7,96	,000
Estrés laboral	20,53	,000
Ira in	,43	,729
Ira out	1,41	,244
Control ira	1,01	,391
Afront. Activo	,93	,427
Afront. Emoción Positivo	2,66	,061
Afront. Emoc. Negativo	,93	,429
Afront. Búsqueda Apoyo	,29	,835
Afront. Religión	,75	,525
Índice bienestar	,33	,804
Ansiedad	,59	,625
Depresión	,80	,497
Síntomas generales	2,41	,071
Síntomas cardiovasculares	2,65	,060

Nota: En todos los casos la varianzas son homogéneas a lo largo de todos los grupos, excepto para las variables de *Estrés personal* y *Estrés laboral*.

Anexo 17

Pruebas de homogeneidad de las varianzas

Factor IC

Variables	Contraste de Levene	
	F _(2,57)	Sign.
Resiliencia	2,17	,123
Vulnerabilidad	,50	,612
Autoeficacia	,29	,751
Apoyo Percibido	,41	,667
Estrés personal	,15	,858
Estrés laboral	12,56	,000
Ira in	2,97	,059
Ira out	,44	,644
Control ira	,52	,596
Afront. Activo	1,08	,347
Afront. Emoción Positivo	,18	,837
Afront. Emoc. Negativo	1,34	,271
Afront. Búsqueda Apoyo	2,58	,085
Afront. Religión	,72	,490
Índice bienestar	,45	,639
Ansiedad	,02	,978
Depresión	1,32	,276
Síntomas generales	1,81	,173
Síntomas cardiovasculares	,80	,455

Nota: En todos los casos la varianzas son homogéneas a lo largo de todos los grupos, excepto para la variable de *Estrés laboral*.

Anexo 18

Correlaciones bivariadas para la muestra total (N=120)

Resiliencia	1	,106	,211*	,141	,000	,029	,014	,025	,031	,135	,254**	,061	,104	,042	,350***	-,063	-,172	-,146	-,194*
Vulnerabilidad	,106	1	,014	-,258**	,276**	,205*	-,248**	,043	-,207*	,002	,008	,495***	,126	,302**	-,421***	,397***	,364***	,366***	,239**
Autoeficacia	,211*	,014	1	,054	,131	,029	,160	,021	,262**	,392***	,299***	,103	,039	-,135	,387***	-,071	-,157	-,092	-,088
Apoyo Percibido	,141	-,258**	,054	1	-,108	-,243**	,277**	-,089	-,100	,192*	,171	-,227**	,298***	,040	,432***	-,296***	-,200*	-,115	-,069
IraIn	,000	,276**	,131	-,108	1	,221*	,037	,166	-,076	-,015	-,026	,289***	-,067	,127	-,238**	,292***	,318***	,314***	,246**
IraOut	,029	,205*	,029	-,243**	,221*	1	-,458***	,166	,167	-,232**	-,086	,298***	-,016	-,050	-,237**	,333***	,250**	,205*	,132
ControlIra	,014	-,248**	,160	,277**	-,458***	,037	1	,009	-,008	,464***	,281**	-,216*	,216*	-,087	,440***	-,260**	-,248**	-,141	-,089
EstresPersonal	,025	,043	,021	-,089	,166	,009	1	-,008	-,008	-,033	-,113	-,113	-,180*	-,065	,016	,063	,125	,141	,303***
EstresLaboral	,031	-,207*	,262**	-,100	,167	,167	-,008	,467***	1	,184*	,015	-,127	-,147	-,385***	,141	-,035	-,046	-,055	,049
CopeActivo	,135	,002	,392***	-,100	,167	,167	-,008	,467***	1	,184*	,015	-,127	-,147	-,385***	,141	-,035	-,046	-,055	,049
CopeEmPos	,254**	,008	,299***	-,100	-,076	-,076	-,008	,467***	1	,184*	,015	-,127	-,147	-,385***	,141	-,035	-,046	-,055	,049
CopeEmNeg	,061	,495***	,103	-,227**	-,096	-,096	-,113	-,113	-,113	,399***	1	,173	,259**	,097	,430***	-,287**	-,279**	-,179	-,105
CopeApoyo	,104	,289***	,289***	-,227**	,289***	,289***	-,216*	-,216*	-,216*	1	,173	,259**	,097	,430***	,341***	-,158	-,224**	-,160	-,172
CopeRelig	,042	,302***	,039	,298***	-,067	-,067	-,180*	-,180*	-,147	,290***	,259**	,244**	1	,332***	,090	,007	-,021	-,025	,022
IndiceBienesiar	,350***	-,421***	,387***	,432***	-,238**	-,237**	-,065	-,365***	-,070	,097	,343***	,332***	1	-,253**	,285**	,220*	,247**	,165	,165
Ansiedad	-,063	,397***	-,071	-,296***	-,238**	-,237**	-,065	-,365***	-,070	,097	,343***	,332***	1	-,253**	,285**	,220*	,247**	,165	,165
Depresión	-,172	,364***	-,157	-,200*	,333***	,333***	-,260**	-,063	-,035	-,267**	-,158	,411***	,007	,285**	-,503***	1	-,503***	-,565***	-,244**
SintToSinCard	-,146	,366***	-,092	-,115	,314***	,205*	-,248**	,125	-,046	-,279**	-,224**	,224**	-,021	,220*	-,565***	,565***	1	,376***	,257**
Cardiovascular	-,194*	,239**	-,088	-,069	,246**	,132	-,089	,303***	,049	-,105	-,172	,168	,022	,165	-,244**	,375***	,375***	1	,682***

Notas: *p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001