

CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

CLAUDIA SUSANA SILVA FERNÁNDEZ*
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA-BUCARAMANGA- COLOMBIA
DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ**
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Recibido, mayo 5/2010

Concepto evaluación, junio 28/2010

Aceptado, abril 4/2011

Resumen

La percepción de enfermedad y los estilos de afrontamiento se relacionan con la percepción de calidad de vida en la enfermedad crónica. El presente estudio tuvo como objetivo la identificación de las creencias sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento predictoras de la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de 80 pacientes (68.6% hombres y 31.3% mujeres) asistentes al programa de rehabilitación cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia, con sede en Bucaramanga. Para ello se aplicaron el *Illness Behavior Questionnaire* (IBQ), la Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M) y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36. Los resultados estadísticos evidencian la influencia del empleo de las estrategias de afrontamiento pasivas sobre la baja calidad de vida en la muestra valorada, así como de las creencias focalizadas en las limitaciones que conlleva la patología; asimismo, muestra a la religión como una estrategia protectora en el afrontamiento de la enfermedad cardiovascular.

Palabras clave: Rehabilitación cardiovascular, estrategias de afrontamiento, creencias sobre la enfermedad, calidad de vida relacionada con la salud.

BELIEFS ABOUT ILLNESS AND COPING STRATEGIES AS PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS IN CARDIOVASCULAR REHABILITATION

Abstract

Illness perception and coping styles are related to the perceived quality of life in chronic illness. This study aimed at identifying beliefs about illness and coping strategies as predictors of health related quality of life in a sample of 80 patients (68.6% men and 31.3% women) who were attending the cardiac rehabilitation program at the *Fundación Cardiovascular de Colombia*, based in Bucaramanga. In order to achieve this objective, the *Illness Behavior Questionnaire* (IBQ), the *Coping Strategies Scale- Modified* (CSS-M) and the *Health Related Quality of Life Questionnaire* SF-36 were administered to the participants. The statistical results show the influence of passive coping strategies and of beliefs focused on the constraints inherent to their pathology on the poor quality of life of the assessed sample. They also show religion as a protective strategy for coping with cardiovascular disease.

Key words: Cardiac rehabilitation, coping strategies, beliefs about the disease, health related quality of life.

* Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lule (Foscal). susanafer86@gmail.com

** Departamento de Psicología, Universidad de los Andes Cra 1 nro 18^a-52. Bloque C oficina 214, tel: 3324365 ext 2580. dm.agudelo932@uniandes.edu.co.

CREENÇAS SOBRE A DOENÇA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO COMO PREDICTORES DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES EM REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Resumo

A percepção da doença e os estilos de enfrentá-la estão relacionados à qualidade de vida percebida em doenças crônicas. Neste estudo se identificaram as crenças sobre a doença e as estratégias predictoras da qualidade de vida relacionada à saúde em uma amostra de 80 pacientes (68,6% homens e 31,3% mulheres) participarem do programa de reabilitação cardíaca na Fundação Cardiovascular da Colômbia, com sede em Bucaramanga. Se aplicaram o Questionário de Comportamento Doença (IBQ), a Escala de Estratégias de Enfrentamento Modificada (CSE-M) e o Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde SF-36. Os resultados estatísticos mostram a influência do uso de estratégias de enfrentamento passivo na má qualidade de vida nos valores da amostra e as crenças focadas nos constrangimentos inerentes à patologia. Também mostra a religião como uma estratégia de proteção ao lidar com a doença cardiovascular.

Palavras-chave: Reabilitação cardíaca, estratégias de enfrentamento, crenças sobre a doença, qualidade de vida relacionada à saúde.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, el VIH Sida y las enfermedades cardiovasculares, son consideradas el principal problema de salud en los países desarrollados. En el caso de la patología cardiovascular, es la primera causa de muerte en los países occidentales industrializados y la tercera en aquellos en vía de desarrollo (Castillero, 2007; Oblitas, 2004; Pineda, 2008; Remor, Arranz y Ulla, 2003; Roza et al., 1999).

En Colombia, de acuerdo con la última encuesta de salud desarrollada por el Ministerio de Protección Social de Colombia (Rodríguez et al., 2009), se encontró que tras la aplicación del modelo de riesgo cardiovascular propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presencia de un riesgo inferior al 10% de enfermar o morir por causa de una enfermedad cardiovascular tanto para hombres como para mujeres entre los 40 y los 49 años es del 98%, y entre los 50 y 59 años es del 92%; sin embargo, para las personas entre 60 y 69 años el riesgo es mayor en las mujeres (80%) frente a los hombres (68%). Ahora bien, al calcular la presencia de un riesgo superior al 40% se encuentra que en las mujeres este aumenta con la edad; así, entre 40 y 49 años hay sólo un 0,2%, entre 50 y 59 años 1% y entre 60-69 años es de 3%. Para el caso de los hombres se observa la misma tendencia, siendo para el grupo entre 40 y 49 años del 0%, entre 50 y 59 años 2% y entre 60 y 69 años 5% (Rodríguez et al., 2009). En la región de Santander, para el 2006 se considera la principal causa de mortalidad, resaltando la enfermedad isquémica para una población comprendida entre los 45 y 64 años de edad (Hormiga, Rodríguez, y Niño, 2007).

Ahora bien, los factores de riesgo que se han asociado con la enfermedad cardiovascular, debido a su influencia

tanto directa como indirecta en el desarrollo de la patología y sus estados agudos, han sido, en mayor medida, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la edad (mayores a 35 años), la hipercolesterolemia y el sexo (mayor prevalencia en hombres). Estos datos son concordantes con lo encontrado por Pons y Gil (2008), en una muestra de población general en España, donde se encontró que los factores relacionados con el sedentarismo aumentan con la edad (mayores en personas entre 40-64 años) y que los hombres observan peores hábitos saludables que las mujeres.

Por su parte, los factores de riesgo se han clasificado en *modificables*, es decir, aquellas variables que pueden cambiarse para evitar consigo el riesgo (p.e. estilo de vida no saludable), e *inmodificables*, que son distales al cambio (p.e. herencia, historia previa y edad) (Lameiras y Faílde, 2000; Rodríguez, 1998; Roza et al., 1999).

A pesar de que los anteriores son los principales factores de riesgo que correlacionan positivamente con la incidencia de la morbi-mortalidad de la patología cardiovascular, existen también factores psicológicos que han sido asociados a dicha enfermedad.

Los factores psicológicos de riesgo cardiovascular se presentan en cuatro categorías. La primera corresponde a los estímulos ambientales estresantes, tales como situaciones caracterizadas por una alta demanda, baja capacidad de decisión, poca autonomía y bajo apoyo social, ya que incrementan la posibilidad de padecer un infarto de miocardio (Lameiras y Faílde, 2000). El estrés se encuentra dentro de esta categoría, el cual, según sea su intensidad, (estrés agudo) y frecuencia, (estrés crónico), puede provocar serios problemas (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

La reactividad fisiológica del estrés implica un incremento en la tasa cardíaca y la presión arterial, lo que a su vez provoca un aumento del flujo sanguíneo y una mayor

segregación de lípidos a la demanda metabólica del organismo, facilitando así, una mayor agregación plaquetaria a las arterias y al tejido coronario. Por ende, si esta respuesta es muy intensa y permanente en el tiempo, y genera dificultades para que el organismo retome su estado basal o inicial, puede desencadenar episodios cardiacos (Carpi, Zurriaga, González, Marzo y Buunk, 2007; Laham, 2008; Palmero, Díez, Diago, Moreno y Oblitas, 2007; Palmero, Gómez, Guerrero, Carpi, Díez y Diago, 2007; Remor, Arranz y Ulla, 2003).

La segunda categoría hace referencia a las características personales; entre ellas se destaca el estilo de afrontamiento ante diversas situaciones, pues posee una relación dependiente con la evaluación cognitiva que hace el individuo de las circunstancias. A su vez, incluye las creencias frente a sí mismo, el mundo y los otros, en general a la estructura cognitiva de la persona (McKay, Davis y Fanning, 1985; Vinaccia, 2003).

El estilo de afrontamiento es un conjunto de esfuerzos cognitivo-conductuales que cambian de manera continua y se desarrollan con el fin de controlar las demandas externas e internas del individuo para las cuales el sujeto no posee recursos necesarios para su adaptación, por lo que buscan disminuir la reacción de estrés y sus efectos negativos sobre el estado de salud, ya sea de forma consciente o no (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007; Lazarus y Folkman, 1986; Torres, Troncoso y Castillo, 2006; Vinaccia, 2003). En 1988 Watson y colaboradores, afirmaron la importancia de concebir las estrategias de afrontamiento como un amortiguador del estrés y, por ende, como factores protectores de las enfermedades cardiovasculares (Watson et al., 1988, citado por Florez, Pérez y Borda, 2006).

El estilo de afrontamiento activo se relaciona con una mejor salud cardiovascular, pues a pesar de la reactividad fisiológica que genera el organismo, regresa más pronto a su estado basal (estando menos expuesto a las catecolaminas) en comparación al estilo pasivo (Guerrero y Palmero, 2006). El estilo de afrontamiento considerado como activo, (dirigido al problema), está asociado con un aumento en el bienestar, la adaptación a la enfermedad, la adherencia al tratamiento, la función inmune y los estados afectivos positivos; por otro lado, el estilo de afrontamiento pasivo (centrado en la emoción), está relacionado con la presencia de trastornos emocionales, deterioro funcional y la pérdida de control (Contreras et al., 2007).

Así, el afrontamiento aporta a mantener el control sobre la vida y a encontrar el suficiente bienestar psicológico, el cual puede incidir en la adopción de comportamientos más funcionales, la adherencia al tratamiento y los cambios en el estilo de vida (Badia y Lizán, 2003; Contreras et al., 2007). Asimismo, como lo enuncian Remor,

Carrobes, Arranz, Martínez y Ulla (2001) en relación con el VIH-SIDA, la percepción de control se relaciona con un menor número de sintomatología de la depresión y la ansiedad, y con un mayor nivel de adaptación a la enfermedad, lo cual es ratificado en el estudio de Flórez, Pérez y Borda (2006) también con pacientes con VIH. Además, la creencia generalizada sobre la autoeficacia relacionada con el autocontrol, sirve como atenuante de la ansiedad y las valoraciones amenazantes, asegurándose la obtención de un objetivo mediante la identificación de los recursos propios, la confianza y la motivación (Guerrero y Palmero, 2006). También a esta categoría se puede asociar el patrón de conducta tipo A, identificado por Friedman y Rosenman en 1976, y conceptualizado como “un complejo de acción-emoción, que puede ser observado en cualquier persona que se encuentra agresivamente implicada en un crónico e incesante conflicto para conseguir más y más en el menor tiempo posible, y si fuera necesario, en contra de los esfuerzos opositores de otras cosas o personas” (Rosenman 1996, citado por Palmero, Díez et al., 2007, p. 26).

El patrón de conducta tipo A parece ser un factor que influye en la etiología y el curso de la enfermedad cardiovascular, pues funciona como un detonante de la aterosclerosis, causa de muchas problemáticas cardíacas, al ocasionar la excesiva liberación de catecolaminas, las cuales se encargan de mediar la agregación plaquetaria, la formación de trombos y la producción de arritmias cardíacas; a su vez, pueden generar cambios hemodinámicos que se asocian con dificultades cardiovasculares (p.e. arritmias, coágulos e isquemia) al aumentar la presión sanguínea y la resistencia vascular periférica (Laham, 2008; Palmero, Díez, et al., 2007). Asimismo, el complejo Hostilidad-Ira se ha asumido como factor de riesgo cardiovascular en esta categoría, que como toda respuesta emocional, de presentarse de manera exacerbada y por un tiempo constante, puede llegar a afectar el sistema inmunológico del organismo.

Así, se ha comprobado que los índices de isquemia en una situación altamente demandante, el daño por perfusión y la duración de la isquemia en el transcurso de las actividades diarias, es mayor en pacientes cardiovasculares hostiles (Palmero, Díez et al., 2007; Laham, 2008). Específicamente, el riesgo cardiovascular por la hostilidad es debido a la reactividad fisiológica que genera al igual que el estrés, y al que se le asocia con un bajo soporte social y con la adquisición de conductas patógenas para la salud (Laham, 2008).

Del mismo modo, otro factor dentro de esta categoría es la personalidad tipo D propuesta por Denollet y Brutsaert (1998). Se trata de un patrón emocional que existe sólo si hay un interjuego entre la afectividad negativa y la in-

hibición social y se relaciona con el aumento del riesgo de volver a sufrir un infarto agudo de miocardio (Laham, 2008; Palmero, Gómez et al., 2007; Richard's y Solanas, 2008). La afectividad negativa es análoga al neuroticismo o al estilo de enfrentamiento represivo, la cual se caracteriza por la presencia de emociones negativas crónicas con rasgos cognitivos y conductuales que manifiestan preocupación, inseguridad, sentimientos subjetivos de tensión, ansiedad, ira y tristeza. La inhibición social es la tendencia a reprimir la expresión de las emociones a nivel social debido a la inseguridad frente a otros y a la necesidad de afiliación (Laham, 2008). De esta forma, la personalidad tipo D causa una serie de emociones displacenteras como lo son la ansiedad, la depresión, la distimia y la hostilidad, de aspectos psicológicos poco adaptativos como conflictos intrapersonales e interpersonales y de una tendencia a desarrollar conductas disfuncionales (p.e. alcoholismo). Además, se asocia con baja adherencia a los tratamientos y a las terapias de rehabilitación médica y psicológica (Richard's y Solanas, 2008).

Si bien es cierto que el objetivo del presente estudio no es abordar estos patrones de personalidad, sí se evaluarán aspectos del perfil cognitivo asociados con ellos, específicamente las estrategias de afrontamiento, aspectos altamente relevantes cuando se abordan los patrones comportamentales arriba descritos y que en la literatura científica han demostrado una importante relación con la enfermedad cardiovascular, en términos de factores psicológicos modificables.

En cuanto a la tercera categoría, incluye los comportamientos de riesgo, entre ellos el tabaquismo, pues duplica el riesgo de morbi-mortalidad cardiocoronaria y aumenta la probabilidad de reincidencia de un infarto agudo de miocardio; la dieta hipercalórica rica en colesterol y grasas saturadas, y la inactividad física, al aumentar la mortalidad cardíaca (Lameiras y Faílde, 2000).

En el sentido de lo anterior, los programas de rehabilitación cardíaca, donde se incluyen acciones relacionadas con los factores de riesgo relacionados con los hábitos de vida, han demostrado eficacia a distintos niveles. Así, autores como Loáiziga, Benavides, Bolaños, Ortiz, Vega y Bremes (2008), indican que cuando se implementan acciones de rehabilitación cardíaca se incrementa la tasa de sobrevivencia, lo cual concuerda con los hallazgos de Ribera et al., (2009), quienes evaluaron pacientes que habían sometidos a cirugía coronaria, cinco años después del evento quirúrgico y que habían participado de programas de rehabilitación y encontraron que tres de cada cuatro pacientes dados de alta se encontraban libres de eventos y reportaban buena capacidad funcional y satisfacción con su calidad de vida, lo cual se evidenciaba en

la disminución de las consultas, las reintervenciones y por lo tanto, los costos en salud.

La última categoría son los trastornos emocionales, tales como la depresión y la ansiedad, característicos de toda enfermedad crónica. Dichas reacciones emocionales tienden a afectar el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente, ya que sus síntomas se relacionan con retardo en la recuperación postoperatoria, la falta de autocuidado y adherencia al tratamiento ante la desesperanza, la falta de ánimo, la adquisición de conductas patógenas y la creencia de muerte inminente, activadas a partir del diagnóstico de la enfermedad, por lo que la evolución y el pronóstico no son alentadores (Brannon y Feist, 2001; Lameiras y Faílde, 2000; Oblitas, 2004; Roza et al., 1999). Así que el riesgo cardiovascular manifiesto en la ansiedad y la depresión está implicado en la mortalidad más que en la adquisición de la enfermedad.

Por otro lado, la calidad de vida es una variable de interés en el ámbito de la rehabilitación cardiovascular, pues como lo citó en 1969 la OMS, la rehabilitación cardiovascular es una intervención interdisciplinaria para reintegrar al paciente cardiovascular a su cotidianidad de forma funcional para su bienestar integral, aumentándole su calidad de vida con respecto a la salud (OMS 1969, citada por De Velasco y Mavreira, 1993), así como una mejor percepción de salud, por parte del paciente y una reducción de los costos de atención en salud posteriores a las intervenciones, como se mencionó previamente (Loáiziga et al., 2008).

La calidad de vida relacionada con la salud es definida como la "capacidad de una persona para desempeñar adecuadamente y de forma satisfactoria para sí misma su papel en las áreas familiar, laboral y social" (De Velasco y Mavreira, 1993, p. 6), que contiene aspectos objetivos (componentes materiales y nivel de vida) y subjetivos (grado de satisfacción según percepción de bienestar) (Contreras et al., 2007; Varela, Arrivillaga, Cáceres, Correas y Holguín, 2005; Vinaccia, Quiceno, Fonseca, Fernández y Tobón, 2006; Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya, 2007). En pocas palabras es un indicador del funcionamiento y la satisfacción integral (físico, mental y social) percibidos por la persona.

Para finalizar, la calidad de vida relacionada con la salud se convierte en un indicador sobre la adaptación del paciente a su enfermedad, pues da a conocer las funciones que se han visto afectadas y las que se han mantenido en su vida cotidiana por la patología cardiovascular. Así, se ha encontrado que los factores que influyen en la adaptación a la enfermedad crónica son los sociodemográficos (p.e. edad, sexo y cultura), los sociales (p.e. apoyo social y modelo educativo), los individuales (p.e. autoesquemas, creencias sobre la enfermedad, autocontrol, rasgos de per-

sonalidad, habilidades sociales, estilo de afrontamiento, emociones), los biológicos (enfermedades asociadas) y los relacionados al tratamiento (p.e. efectos colaterales) (Pons y Gil, 2008; Vinaccia et al., 2007). Asimismo, estudios como el de Uribe, Valderrama y Molina (2007) y Gallegos-Carrillo, García, Reyes y Durán (2006), indican que la percepción de salud varía de acuerdo no sólo con la condición física sino con las habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social disponible.

De acuerdo con lo anterior, se hace evidente el interés por conocer cómo las creencias sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes pueden constituirse en factores predictores de la calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular que se encuentran en programas de rehabilitación cardiaca, como una manera de aportar información relevante para el diseño de intervenciones más acertadas en términos de los factores psicológicos que hacen más vulnerables a los sujetos a desarrollar y a mantener condiciones clínicas como el riesgo cardiovascular.

MÉTODO

Diseño

La presente investigación fue un estudio Ex post facto de tipo retrospectivo simple (Montero y León, 2007). Su enfoque fue cuantitativo, en el que se tuvo en cuenta la relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, estrato y nivel educativo), psicológicas (calidad de vida relacionada con la salud, estrategias de afrontamiento y creencias sobre la salud) y clínicas (fracción de eyección) en los pacientes cardiovasculares valorados.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 80 pacientes asistentes al programa de rehabilitación cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia, 55 hombres y 25 mujeres, con un rango de edad entre 23 y 80 años, y una media de 59.09 años.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos: *el Illness Behavior Questionnaire (IBQ)*, (versión castellana de Ballester y Botella, 1993). Este instrumento explora las actitudes y sentimientos del paciente sobre la enfermedad, la visión propia acerca de su situación psicosocial, y la percepción de las reacciones de los demás ante ésta, lo cual brindaría un acercamiento sobre las creencias de la persona valorada acerca de su salud. Está compuesto por 62 preguntas de respuesta dicotómica. Evalúa siete dimensiones, que son: hipochondriasis general, convicción de enfermedad, percep-

ción psicológica *versus* somática del origen de los síntomas de la enfermedad, inhibición afectiva, distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad. Las puntuaciones más altas se asocian con una percepción poco adaptativa frente a la enfermedad. La confiabilidad de las escalas medida a través del alfa de Cronbach oscila entre 0.77 y 0.84. El cuestionario, aunque no tiene un proceso de validación en Colombia ha sido utilizado en diversos estudios nacionales aportando datos de ajuste al contexto (Vinaccia, 2003; Vinaccia et al., 2006, 2007).

De la *Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)* (Chorot y Sandín, 1993) se empleó la validación realizada en Colombia por Londoño et al. (2006). Pretende identificar el patrón conductual del individuo ante situaciones estresantes; para ello evalúa doce estrategias de afrontamiento: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. Estas dimensiones se miden en 98 ítems a través de una escala de evaluación tipo Likert con opciones de respuesta que van de 1 a 6 (1: nunca, 2: casi nunca, 3: a veces, 4: frecuentemente, 5: casi siempre, y 6: siempre). La interpretación se establece en términos de a mayor puntuación, mayor uso de la estrategia evaluada. Los datos de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach oscilan entre 0,69 y 0,89 para las doce subescalas.

Finalmente, se empleó el *Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud SF-36*, (Ware et al., 1992, traducido al español por Alonso, Prieto y Antó en 1995, y validado en Colombia por Lugo, García y Gómez en 2006). Consta de 36 ítems de escala tipo Likert que buscan identificar el estado positivo y/o negativo de la salud física y mental del individuo evaluando la intensidad y frecuencia de ocho dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, así: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y percepción general de la salud. Los datos para la interpretación implican que a mayor puntuación mayor nivel de funcionalidad. La confiabilidad medida a través del alfa de Cronbach oscila entre 0,80 y 0,91 para cada una de las dimensiones.

Procedimiento

El muestreo empleado fue de tipo no probabilístico por conveniencia. Se contactó a personas asistentes a rehabilitación cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia por un periodo de al menos dos semanas anterior al momento de recolección de los datos. Se informó a los participantes sobre la naturaleza del estudio con el fin de obtener el consentimiento informado y proceder a la aplicación de los instrumentos en una sesión individual,

acompañada de una entrevista. Los resultados de la evaluación fueron devueltos a cada participante, y se abordaron en sesiones individuales los casos de los participantes que ameritaban algún tipo de intervención psicológica. A nivel grupal, se diseñaron algunas intervenciones dentro del programa de rehabilitación, donde se abordaron los aspectos comunes surgidos de la evaluación y que fueron objeto de psicoeducación dentro del programa.

Los datos fueron procesados a través del SPSS 12.5, usando estadísticos descriptivos, comparación de medias mediante t de Student y Anova de un factor, análisis de Correlación de Pearson y Regresión Lineal, con el objetivo de evaluar si hay diferencias estadísticamente significativas en las personas valoradas en su calidad de vida en función de las estrategias de afrontamiento y las creencias sobre las enfermedades.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 80 pacientes, 68.6% hombres y 31.3% mujeres. Un alto porcentaje (91.3%) profesaban la religión católica. El 77.6% eran casados o vivían en unión libre. Un 68% de la muestra pertenecía a los estratos 3 y 4. El 43.8% tenían estudios de bachillerato o secundaria, seguido de aquéllos con estudios técnicos y/o universitarios (33.8%). Por último, con relación a la ocupación actual, el 40% eran pensionados y el 20% se dedicaban al hogar; el resto de la muestra se distribuía en diversas ocupaciones, la más destacada fue el comercio (16.3%) (véase tabla 1).

Sobre las variables clínicas evaluadas, de acuerdo con lo reportado sobre factores de riesgo (véase Tabla 2), se puede observar que se encontró comorbilidad de la enfermedad cardiovascular con otros trastornos médicos en un 72.5% de los pacientes, en mayor medida con la Hipertensión arterial (62.5%) y la diabetes mellitus (18.8%), lo cual es esperable dentro de la condición clínica general de estos pacientes, agrupada bajo la denominación de síndrome metabólico. En cuanto a la enfermedad cardiovascular de mayor prevalencia se encontró la coronaria con un 68.8% y un 40% de la muestra había sufrido previamente un infarto agudo de miocardio.

Por su parte, el 100% de las personas evaluadas estaban bajo medicación. Entre las intervenciones quirúrgicas que fueron realizadas en mayor medida, se encontró la angioplastia (50%). En cuanto a la fracción de eyección (FE) como medida de la capacidad cardiaca del individuo, se pudo evidenciar que el 32.5% de la muestra tuvieron una medida baja; la cual osciló entre 10% y 70%, siendo la media de 46.63%.

Por otro lado, al realizar la comparación de medias para las dimensiones del SF36 en función de las variables sociodemográficas evaluadas, se encontró que en relación al rol emocional hay una diferencia estadísticamente significativa con respecto al sexo ($t: 2.044, p \leq 0.05$), siendo las mujeres las que presentaron una mayor puntuación en esta escala. Por su parte, en función física se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación con la FE ($t: 2.028, p \leq 0.05$), siendo mayor la función física cuando el paciente no presentaba una medida de FE interpretada como baja (menor a 40%). A su vez, se evidenció una diferencia significativa entre la función física y el estrato ($F: 2.715, p \leq 0.05$), donde en el estrato 5 se encontró una mayor puntuación en esta escala. Es de indicar que para todos los casos donde se utilizó ANOVA se aplicó la corrección de Bonferroni para disminuir el riesgo de error tipo I.

Tabla 1

Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

	Variable	Frecuencia	%
Sexo	Hombre	55	68.8%
	Mujer	25	31.3%
Religión	Católica	73	91.3%
	Cristiana	5	6.3%
	Ninguna	2	2.5%
Estado civil	Casado	55	68.8%
	Unión libre	7	8.8%
	Divorciado	4	5%
	Separado	4	5%
	Viudo	5	6.3%
Nivel de escolaridad	Soltero	5	6.3%
	Ninguno	1	1.3%
	Primaria	17	21.3%
	Bachillerato	35	43.8%
Ocupación	Técnico	3	3.8%
	Universitario	24	30%
	Pensionado	32	40%
	Hogar	16	20%
	Comercio	13	16.3%
Estrato	Otra	19	23.7%
	I	4	5%
	II	10	12.5%
	III	24	30%
	IV	29	36.3%
	V	3	3.8%
	VI	8	10%

Tabla 2
Distribución de la muestra según variables clínicas

VARIABLES CLÍNICAS	FRECUENCIA	%
I. Enfermedades actuales no cardiovasculares		
Con otra patología general	58	72.5%
Hipertensión arterial (HTA)	50	62.5%
Diabetes mellitus (DM)	15	18.8%
Gastritis	7	8.8%
Hipotiroidismo	3	3.8%
Disfunción renal	4	5%
Otra patología general	17	21.3%
II. Tipo de afectación cardiovascular		
Enfermedad coronaria	55	68.8%
Enfermedad cardíaca	18	22.5%
Enfermedad cerebrovascular	1	1.3%
Enfermedad vascular periférica	1	1.3%
Enfermedad cardíaca y coronaria	5	6.3%
Previo infarto agudo de miocardio (IAM)	32	40%
III. Tratamiento realizado		
Farmacológico	80	100%
Angioplastia	40	50%
Revascularización	23	28.8%
Bypass coronario	2	2.5%
Cirugía Bentall	3	3.8%
Tsrasplante coronario	1	1.3%
IV. FE		
	χ	ds
	46.63	17.58
		Máx.
		70
		Mín.
		10
	Frecuencia	Porcentaje
FE alta	26	67.5%
FE baja	54	32.5%

Nota. FE = Fracción de eyección.

De otro lado, al realizar la comparación de medias entre las escalas que componen la calidad de vida relacionada con la salud y las creencias sobre la enfermedad se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa en la negación ($t= 2.007, p \leq 0.05$) y la percepción psicológica versus somática de la enfermedad ($t= 1.967, p \leq 0.05$) por sexo, siendo más altas estas creencias en los hombres. También se evidenció que la irritabilidad suele presentarse con mayor frecuencia en las personas con estudios educativos técnicos ($F: 2.641, p \leq 0.05$).

Por otra parte, con respecto a la comparación de medias entre las puntuaciones en las estrategias de

afrentamiento y las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo, específicamente en las estrategias de evitación cognitiva ($t= 2.550, p \leq 0.05$), religión ($t=2.391, p \leq 0.05$) y búsqueda de apoyo social ($t=2.030, p \leq 0.05$), las cuales fueron empleadas con mayor frecuencia por las mujeres. A su vez, se muestra que la reacción agresiva, y la evitación emocional fue mayor en las personas con estudios educativos técnicos ($F: 7.702, p \leq 0.001$) y ($F: 5.839, p \leq 0.001$), respectivamente. Mientras que la religión y la búsqueda de apoyo social fueron

más altas en los de escolaridad primaria ($F: 5.369, p \leq 0.05$) y ($F: 4.792, p \leq 0.05$).

Ahora bien, con el objetivo de establecer puntuaciones clínicamente significativas en las dimensiones evaluadas a través de los tres instrumentos, se recurrió al establecimiento de los puntos de corte estimados para cada prueba y a partir de ellos se calcularon los porcentajes de presencia de puntuaciones clínicamente significativas. De esta manera, en la tabla 3 se muestran los datos descriptivos de las puntuaciones clínicamente significativas para las dimensiones de calidad de vida, en la cual se evidencia que, en general, los pacientes valorados manifestaron tener una alta calidad de vida, excepto en la dimensión de rol físico.

Por otro lado, en la Tabla 4 se presentan las puntuaciones clínicamente relevantes para las creencias sobre

la enfermedad, estos datos se obtuvieron a partir de puntuaciones por encima de la media más una desviación típica. Se indica que un 47.4% de la muestra tenía una convicción de enfermedad alta, asimismo, una irritabilidad alta (2.5%), contrario a lo hallado en otros estudios (Friedman y Rosenman, 1976; Laham, 2008; Palmero, Díez et al., 2007; Richard's y Solanas, 2008).

En la Tabla 5 se muestran los análisis descriptivos de las puntuaciones clínicamente relevantes para las estrategias de afrontamiento, de acuerdo con las puntuaciones encontradas a partir del percentil 75. Se resaltan la presencia de la religión alta (78.5%), la autonomía baja (68.8%), la expresión de la dificultad de afrontamiento baja (63.6%) y la evitación cognitiva alta (54.5%), lo cual indicaría un empleo mayoritario de estrategias de afrontamiento pasivas.

Tabla 3

Descriptivos de las puntuaciones clínicamente significativas para la calidad de vida

Dimensión	c	ds	Porcentaje de puntuaciones clínicamente relevantes	
			Puntuación Baja	Puntuación Alta
Función Física	71.67	20.15	2.8%	52.8%
Rol Físico	37.19	40.36	56.3%	28.8%
Función Física	74.05	25.61	5.1%	58.2%
Rol Emocional	77.92	34.34	10%	65%
Percepción General de la Salud	65.18	23.16	5.1%	38.5%
Salud Mental	75.08	19.61	1.3%	53.8%
Vitalidad	69.88	22.65	6.3%	47.5%
Dolor Corporal	64.63	27.42	11.3%	37.5%

Tabla 4

Descriptivos de las puntuaciones clínicamente significativas para las creencias en la enfermedad

Dimensiones	c	ds	Porcentaje de puntuaciones clínicamente relevantes
Hipocondriasis general	3.39	1.79	14.3% (Puntuación Alta)
Convicción de enfermedad	3.73	1.00	47.4% (Puntuación Baja), 3.8% (P. Alta)
Percepción Psicológica <i>versus</i> Somática de la Enfermedad	1.42	1.05	21.5% (P. Baja)
Inhibición afectiva	3.05	1.20	11.5% (P. Alta)
Distorsión afectiva	2.19	1.82	15.4% (P. Alta)
Negación	2.04	1.48	7.6% (P. Alta)
Irritabilidad	2.26	1.23	2.5% (P. Alta)

Tabla 5

Descriptivos de las puntuaciones clínicamente significativas para las estrategias de afrontamiento

Dimensiones	c	ds	Porcentaje de puntuaciones clínicamente relevantes
Solución de Problemas	41.24	8.72	6.4% (Puntuación Baja)
Búsqueda de Apoyo Social	26.14	8.91	22.5% (P. Baja)
Espera	24.47	8.37	34.2% (P. Alta)
Religión	32.73	8.15	2.5% (P. Baja), 78.5% (P. Alta)
Evitación Emocional	26.81	7.97	35.1% (P. Alta)
Búsqueda de Apoyo Profesional	17.69	7.95	15% (P. Baja)
Reacción Agresiva	11.94	60.2	39.7% (P. Baja), 19.2% (P. Alta)
Evitación Cognitiva	19.14	4.62	54.5% (P. Alta)
Reevaluación Positiva	21.03	5.28	44.3% (P. Alta)
Expresión de la Dificultad de Afrontamiento	10.78	3.56	63.6% (P. Baja)
Negación	10.36	3.27	43.4% (P. Alta)
Autonomía	4.56	2.29	68.8% (P. Baja)

Finalmente, con el fin de establecer la asociación entre las variables de creencias de enfermedad y estrategias de afrontamiento con los niveles altos y bajos de calidad de vida, se recurrió al empleo de un Análisis de Regresión. Los resultados presentados en la tabla 6 permiten observar las variables que mejor predijeron altos niveles de calidad de vida relacionada con la salud. Es de indicar que en la tabla sólo se reportan aquellas variables que se asociaron de manera significativa con las dimensiones de calidad de vida. De manera general, se puede indicar que la baja irritabilidad fue la variable que mejor predijo altos niveles de calidad de vida (asociada significativamente ($p \leq 0,05$) con varias de las dimensiones del SF 36), seguida de la baja distorsión afectiva, siendo ambas variables, creencias sobre la enfermedad y evaluadas a través del IBQ. Así, las creencias sobre la enfermedad relacionadas con la irritabilidad y la distorsión afectiva tienen una asociación inversa con la calidad de vida.

Por su parte, con respecto a la baja calidad de vida relacionada con la salud se puede decir que aunque en general, la muestra evaluada no presentó estos niveles excepto en la dimensión de rol físico, se llevó a cabo un análisis de regresión para la totalidad de las escalas (véase tabla 7). Los datos muestran que de forma global, el poco uso de la estrategia de afrontamiento de solución de problemas es la variable que mejor predijo los niveles de baja calidad de vida relacionada con la salud. En otras palabras, el afrontamiento pasivo evidenciado en una poca búsqueda de solución de problemas, predice una peor calidad de vida. Específicamente, para el caso de rol físico que fue la escala donde se presentó un alto porcentaje de personas con afectación en su calidad de vida, se observó que la variable que mejor predijo esta afectación fue la creencia de *percepción psicológica Vs somática de la enfermedad alta* (Beta: 0,32; $t = 2,71$; $p \leq 0,05$). Nuevamente, se indica que sólo se incluyeron en la tabla las variables predictoras que mostraron una asociación estadísticamente significativa con las dimensiones de la baja calidad de vida.

Tabla 6

Variables predictoras de alta calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular

Dimensiones	Variables Predictoras	Coefficiente Estandarizado Beta	t	Sig
Función Física	Irritabilidad baja	0.34	2.76	0.008
Rol Físico	Irritabilidad baja	0.43	3.80	0.002
	Negación baja	0.24	2.14	0.04
Función Social	Irritabilidad baja	0.42	4.13	0.000
	Distorsión afectiva baja	0.38	3.71	0.000
	Hipocondriasis baja	-0.22	-2.15	0.03
Rol Emocional	Distorsión afectiva	0.47	4.82	0.000
	Irritabilidad baja	0.38	3.95	0.000
	Negación de problemas baja	0.24	2.50	0.01
Percepción General de la Salud	Distorsión afectiva baja	0.44	3.94	0.000
Salud Mental	Distorsión afectiva baja	0.36	3.30	0.002
	Irritabilidad baja	0.31	2.89	0.005
Vitalidad	Distorsión afectiva baja	0.38	3.34	0.001
Dolor corporal	Negación baja	0.43	3.82	0.000

Tabla 7

Variables predictoras de baja calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular

Dimensiones	Variables Predictoras	Coefficiente Estandarizado Beta	t	Sig
Función Física	-	-	-	-
Rol Físico	Percepción psicológica vs somática de la enfermedad alta	0.32	2.71	0.09
Función Social	Solución de problemas baja	0.38	3.31	0.002
Rol Emocional	Solución de problemas baja	0.44	3.85	0.000
	Solución de problemas baja	0.50	6.47	0.000
	Religión baja	0.51	6.79	0.000
Percepción General de la Salud	Negación de enfermedad alta	0.32	4.13	0.000
	Inhibición afectiva alta	0.29	2.51	0.01
Salud Mental	Distorsión afectiva baja	0.27	2.34	0.02
	Solución de problemas baja	0.30	2.51	0.01
Dolor corporal	Religión baja	0.36	3.06	0.003

DISCUSIÓN

Los pacientes cardiovasculares evaluados presentaron en general una alta calidad de vida, lo cual podría deberse al efecto del proceso de rehabilitación cardiovascular que llevaban a cabo, en el que se trataban aspectos físicos, nutricionales y psicológicos con relación a la enfermedad, tal como ya lo señalaban los estudios de Loáiziga et al., 2008 y Ribera et al., (2009) en los cuales se reportó que la rehabilitación mejora el estado de salud y la percepción de calidad de vida, lo cual se traduce en beneficios para la salud, reducción de costos de tratamiento y mejor afrontamiento de la enfermedad crónica.

Por otro lado, la predominancia de los pacientes de sexo masculino en el estudio, (a pesar del esfuerzo de los investigadores por mantener un equilibrio de género en la muestra), reitera que la enfermedad cardiovascular afecta en mayor medida a los hombres que a las mujeres como ya se ha indicado previamente (Lameiras y Faílde, 2000; Rodríguez, 1998; Rozo et al., 1999) y que, acorde con lo encontrado por Pons y Gil (2008), en una muestra de población general, los peores estilos de vida se encuentran en los hombres, lo cual podría hacerlos más vulnerables al desarrollo y peor pronóstico de enfermedades cardiovasculares, lo cual a su vez fue confirmado en el estudio de Prieto, Romero y Álvarez (2002). Asimismo, la media de edad en-

contrada en la muestra (59.09 años) y la presencia de pacientes desde los 23 años, indican que la enfermedad cardiovascular afecta cada vez más a personas en la adultez joven y media, es decir, que en la actualidad no es una enfermedad sólo de los adultos mayores. Estos datos se confirman en el mencionado estudio de Pons y Gil (2008), quienes encontraron que los factores asociados con el sedentarismo y el consumo de sustancias como el alcohol y el cigarrillo aumentan en pacientes alrededor de los 40 años, etapa de la adultez media.

Con referencia a las características clínicas, la alta frecuencia de la angioplastia (50%) y de la revascularización (28.8%) relacionada con los otros tipos de intervenciones médicas, permite identificar que el taponamiento de los conductos sanguíneos fue el principal problema que presentaron los pacientes cardiovasculares tratados, probablemente debido a la arterosclerosis, como bien lo reportaron Rozo et al., (1999). Asimismo, la comorbilidad de la enfermedad cardiovascular predominantemente con la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, dan cuenta del denominado síndrome metabólico y demuestran la importancia de atender estas problemáticas como indicadores de alerta ante la posible aparición de enfermedad cardiovascular como bien lo señalaran Rodríguez y Sáez, (2008) y Vinaccia et al., (2007), toda vez que han sido alteraciones asociadas no sólo con la aparición sino con el curso de las enfermedades cardiovasculares (Ribera et al., 2009).

Lo anterior se hace aún más relevante ya que sólo un 40% de los participantes en este estudio habían sufrido un infarto agudo de miocardio, lo que puede sugerir la pertinencia de las acciones en salud encaminadas hacia la prevención cardiaca y/o diagnóstica antes de la aparición de un estado agudo de la enfermedad.

Por su parte, la Fracción de Eyección (FE) que ha demostrado ser una medida objetiva eficaz para medir la calidad de vida en la función física, en la muestra evaluada, demostró niveles que indican menor afectación de los pacientes, es decir, es un indicador positivo de la recuperación, en parte debido, seguramente, al programa de rehabilitación. Estos datos se pueden corroborar con lo hallado por Conthe y Tejerina (2007), quienes afirman que la FE deprimida (menor a 40%) se relaciona tradicionalmente con un pronóstico negativo conforme a la morbilidad, esperándose una peor calidad de vida relacionada con la salud cuando la FE es menor al 40%.

En cuanto a las comparaciones en función de las variables sociodemográficas estudiadas, se puede indicar que, en función del género se encontró una predominancia del empleo de estrategias pasivas en las mujeres, específicamente la religión y la evitación cognitiva, indicando que las mujeres afrontan el problema alejándose de éste, obteniendo un equilibrio emocional próximo más no permanente,

y refugiándose en creencias religiosas (no puede olvidarse la declaración mayoritaria en la muestra de profesar la religión católica). En cuanto a la escolaridad, las personas con estudios primarios mostraron una mayor tendencia a aprovechar los recursos externos (p.e. el apoyo social o profesional) en vez de los propios. Por otro lado, quienes han cursado estudios técnicos demostraron un mayor empleo de conductas dirigidas al afrontamiento emocional (reacción agresiva, evitación emocional e irritabilidad).

Asimismo, los hombres fueron quienes presentaron predominancia de la creencia sobre la influencia de los aspectos psicológicos en la salud y la negación, lo cual, comparado con la alta puntuación de las mujeres en la escala de rol emocional, evidencia que los hombres presentaron afectación emocional asociada con las consecuencias de su enfermedad, razón por la que prefieren negar las dificultades para evitar problemáticas físicas, pues asocian emoción, cognición y comportamiento con sintomatología física. Acerca de la relación hallada entre mayor estrato socioeconómico y función física alta, se puede inferir que las personas de estratos altos poseen mayor acceso a recursos de salud que favorecen el afrontamiento de la enfermedad permitiendo disminuir las consecuencias físicas de la misma.

Ahora bien, acerca de las variables psicológicas valoradas, se evidenció que la dimensión clínicamente más representativa acerca de las creencias sobre la enfermedad fue la *convicción de enfermedad baja* (47.4%). Esto indica que la mayoría de los pacientes cardiovasculares valorados no asumía la patología cardiovascular como una problemática con graves afectaciones físicas, por lo que había una descentralización de los síntomas somáticos de la patología y una poca vulnerabilidad percibida o percepción de riesgo frente a la enfermedad cardiovascular. Este dato es llamativo, puesto que los modelos de salud indican que la presencia de poca percepción de riesgo es un factor relevante frente a la adopción de prácticas saludables, siendo, por lo tanto, un pobre predictor de adherencia al tratamiento en términos de conductas saludables.

Por otra parte, la variable clínica *irritabilidad alta* obtuvo una menor representación con un 2.5%, lo cual no era un resultado esperado según lo señalado por investigaciones acerca del complejo ira-hostilidad como características de los pacientes cardiovasculares; esto pudo deberse al efecto del programa de rehabilitación cardiovascular al que asistían los pacientes evaluados y que en estudios previos ha demostrado suficiente eficacia (Friedman y Rosenman, 1976; Laham, 2008; Loáiziga et al., 2008; Palmero, Gómez et al., 2007), o a que específicamente en esta muestra, los rasgos de hostilidad no constituyen una característica relevante. De ahí la importancia de replicar el estudio con otras muestras con el objeto de aportar ma-

yores datos en esta importante línea de conocimiento de la predisposición psicológica.

Conforme a las puntuaciones clínicamente relevantes sobre las estrategias de afrontamiento, se encontró predominancia de las consideradas como pasivas en el empleo de recursos para hacer frente al problema. La religión fue la estrategia más empleada por parte de la muestra (78.5%), lo que contradice lo hallado por Contreras et al., (2007), quienes encontraron que la religión se asociaba con un bajo nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica; por lo contrario, en este estudio se sugiere que la religión y la espiritualidad actúan como factores protectores. Esto podría entenderse en la línea del aporte a una mayor adaptación a la enfermedad, incrementando la esperanza de vida en los pacientes y, por consiguiente, un mayor empleo de conductas saludables y de autocuidado.

La baja autonomía se presentó en un 68.8% de las personas valoradas, indicándose así, la ausencia de independencia frente a la solución de problemas, unida a una baja expresión de la dificultad de afrontamiento (63.6%) lo cual denotaría la dificultad de los pacientes para dar a conocer sus emociones y sentimientos acerca de la dificultad para resolver sus problemas y controlar las emociones que estos generan, con el fin de buscar apoyo externo. Fue notoria también la evitación cognitiva (54.5%) que demuestra que los pacientes cardiovasculares evaluados tendían a tomar distancia de sus problemas a través de la distracción de sus pensamientos perturbadores. Lo anterior demuestra la influencia de las estrategias de afrontamiento de carácter pasivo, que indican el bajo empleo de recursos tanto internos como externos para hacer frente a la situación problema.

Justamente, el afrontamiento pasivo ha sido una característica que según la investigación realizada por Guerrero y Palmero (2006), se ha asumido como factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular, puesto que se asocia con un mayor periodo de recuperación del organismo a su estado basal previo al afrontamiento de la situación estresante, debido a la mayor exposición a las catecolaminas, las cuales al acumularse, conllevan a problemáticas en el sistema nervioso y circulatorio. Por consiguiente, las estrategias de afrontamiento pasivas que parecen emplear con mayor frecuencia los pacientes cardiovasculares valorados, no sólo influyen en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular sino en la calidad de vida debido a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que dicha enfermedad genera.

Por otro lado, con relación a las variables que mejor predijeron el nivel de calidad de vida alta, la irritabilidad baja fue la que más peso estadístico obtuvo, especialmente en los ámbitos físico y social. De esta forma, se puede inferir que la ausencia de un sentimiento de enfado y frustración frente a la patología cardiovascular genera mayor aceptación y

adaptabilidad a ésta, puesto que no hay una focalización de la situación como problema irresoluble y por ende no hay un estancamiento en el desenvolvimiento cotidiano. Asimismo, la distorsión afectiva baja mostró un fuerte carácter predictivo de la alta calidad de vida; por consiguiente, se puede indicar que la ausencia de alteraciones emocionales, tales como la ansiedad, la depresión y el estrés, favorecen la percepción de un adecuado nivel de vida y salud, específicamente en el ámbito mental, en la percepción positiva acerca del estado presente y futuro de la salud, y en la energía vital sentida.

De acuerdo con lo anterior, se puede indicar que la ausencia de síntomas y cuadros psicológicos se asocian positivamente con una mejor percepción de la enfermedad cardiovascular, pues no se tiende a la catastrofización, aportando a una mayor adaptabilidad y disminuyendo la vulnerabilidad psicológica. Esto puede apoyarse también en los hallazgos de Uribe, Valderrama y Molina (2007), quienes indican que el concepto de salud y por ende, el concepto de bienestar no sólo dependen de las medidas objetivas de salud, sino de las habilidades funcionales y el soporte social percibido, así, mientras menor alteración funcional y emocional se presente, mayor valoración puede tenerse de la calidad de vida, aspecto que resulta evidente en los resultados presentados. En esta línea y como recomendación para estudios futuros, sería conveniente la evaluación de un grupo control que no asista a rehabilitación cardíaca y que permita comparar si la percepción de mejor calidad de vida está determinada por la participación en programas de rehabilitación que favorecen el desarrollo de competencias sociales que mejoran la percepción del apoyo social.

Por otra parte, la distorsión afectiva baja se ha asociado con bajos niveles de reactividad fisiológica que suelen ser ocasionados por alteraciones emocionales, lo cual incrementa la sensación de mejor estado de salud y calidad de vida (Laham, 2008). Igualmente, Conthe y Tejerina (2007) encontraron una asociación de la depresión con una baja adherencia al tratamiento y una baja calidad de vida relacionada con la salud.

Por otro lado, se puede explicar que la ausencia de síntomas emocionales puede deberse a la etapa de recuperación en que se encontraban los pacientes valorados, pues ya habían pasado por la etapa aguda en la que aparece y se identifica el problema médico, en la cual prevalece la incertidumbre (Brannon y Feist, 2001).

Por su parte, la negación baja de la enfermedad parece convertirse en un factor protector al relacionarse con la alta calidad de vida, lo que indica que la aceptación de los síntomas permite acercarse a la disminución de los mismos una vez se emprenden las acciones de tratamiento correspondientes.

Con respecto a la baja calidad de vida, la solución de problemas baja fue la variable que mejor la predijo, resal-

tando que se refiere a una estrategia de afrontamiento activa que, según las relaciones halladas, afecta el desenvolvimiento social, la sensación de energía vital y la percepción presente y futura acerca del estado de salud. Por consiguiente, la ausencia de una búsqueda y ejecución de alternativas de solución ante dificultades es un indicador de una percepción negativa del paciente cardiovascular en rehabilitación sobre su estado de salud, inhibiéndolo en el aspecto relacional; ello probablemente porque al ser la enfermedad cardiovascular una patología crónica, genera sentimientos de desesperanza y no favorece que el paciente se dirija hacia el afrontamiento activo y en cambio desarrolle ideas catastróficas sobre su patología. Aquí se puede resaltar que ante un estímulo ambiental sobre el que el individuo no posee suficientes recursos para hacerle frente (o simplemente no los ha percibido como útiles), activa determinados pensamientos negativos que generan una activación fisiológica y una emoción dolorosa (McKay, Davis y Fanning, 1985), por lo que es de esperarse una baja calidad de vida.

En la baja calidad de vida no sólo hay influencia de las estrategias de afrontamiento sino, además, de las creencias sobre la enfermedad, ya que la percepción psicológica versus la somática de la enfermedad alta con relación al rol físico bajo, demuestra que la presencia de credibilidad de los síntomas psicológicos como causantes de la patología predicen una baja funcionalidad en la ejecución de las actividades cotidianas, por lo que al haber predominancia en este tipo de creencias es probable que se presenten pensamientos disfuncionales e irracionales que aporten a la exacerbación de síntomas ante la reactividad fisiológica que suelen generar pérdida de control sobre la situación de enfermedad, lo cual no es alentador para una recuperación pronta y eficaz.

De esta manera, se evidencia la clara influencia de las estrategias de afrontamiento pasivas sobre la baja calidad de vida, así como de las creencias sobre la enfermedad de carácter negativo (al focalizarse en las limitaciones emocionales). También, es importante resaltar como teorías explicativas de la influencia de variables psicológicas sobre las fisiológicas en la enfermedad cardiovascular la reactividad cardiovascular y la catastrofización, ya que ésta última aumenta síntomas de ansiedad relacionados con la activación fisiológica mantenida en el tiempo.

De acuerdo con lo anterior, se recomienda el diseño, aplicación y evaluación de un programa encaminado a la intervención de las problemáticas halladas en el presente estudio, con el fin de facilitar la adherencia al tratamiento y aumentar la calidad de vida. Por esto, se resalta la promoción del empleo de estrategias activas como la autonomía y la solución de problemas. De igual forma, la modificación cognitiva de creencias que incentivan la catastrofización de la situación de enfermedad vivida y que conllevan a la pasividad del

paciente (p.e. la irritabilidad, la negación y la hipocondriasis), así como el tratamiento de las afectaciones emocionales que suelen acompañar a los enfermos cardiovasculares.

Por último, debido al tamaño y características de la muestra empleada, se recomienda el desarrollo de estudios que ahonden en los resultados encontrados aquí, asimismo, estudios comparativos de tipo cuasi-experimental donde se puedan correlacionar resultados de muestras de pacientes en rehabilitación cardiovascular con aquellos que no han sido sometidos a alguna intervención (p.e. un grupo prequirúrgico) que permitan identificar y comparar las características cognitivas de ambos grupos, así como los recursos que desarrollan para el afrontamiento de su enfermedad. De igual modo, se recomienda el empleo de estos estudios para fundamentar programas preventivos y de rehabilitación cardiovascular, pues como ya se había mencionado en éste y otros estudios, la calidad de vida es un indicador que encamina las decisiones acerca del tratamientos y futuros cuidados del enfermo, puesto que revela las variables necesarias a intervenir (Conthe y Tejerina, 2007; Contreras et al., 2007), asimismo, porque la prevención desde el ámbito psicológico ha demostrado aumentar el nivel de salud, como también la calidad de vida, la adherencia la tratamiento médico y la adopción de un estilo de vida funcional en los pacientes tratados (Contreras et al., 2007; Loáiziga et al., 2008; Varela et al., 2005), lo cual reitera la importancia de involucrar nuevos modos de intervención con los pacientes cardiovasculares que complementen y potencien el efecto de la intervención farmacológica.

REFERENCIAS

- Badia, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En: A. Martín y J.F. Cano (Eds). *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, pp: 250-271. Madrid: Elsevier.
- Ballester, R. y Botella, C. (1993). Perfil de la conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 233-265.
- Brannon, L. y Feist, J., (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en psicología latinoamericana. Comportamiento y enfermedad*, 25, 52-63.
- Carpi, A., Zurriaga, R., González P., Marzo J. y Buunk A. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 59-70.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping, Revisado, (EEC-R)*, Madrid, UNED.
- Conthe, P. y Tejerina, F. (2007). Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 7, 57-66.

- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 169 – 179.
- Denollet, J., Brutsaert, D. (1998). Personality, disease severity, and the risk of long term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97,167-173.
- De Velasco, J. y Maureira, J. (1993). *Rehabilitación del Paciente Cardíaco*. Barcelona: Doyma.
- Florez, E., Pérez, M., y Borda, M. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con sida con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 285-300.
- Friedman, M. y Rosenman, R., (1976). *Conducta Tipo A y su Corazón*. Barcelona: Grijalbo.
- Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Reyes, H., y Durán, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Salud Pública*, 40, 792-801.
- Guerrero, C. y Palmero, F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 145-168.
- Hormiga, C., Rodríguez, L. y Niño, M. (2007). Perfil de morbilidad y mortalidad en Santander. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander*, 3, 3-30.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15, 143-170.
- Lameiras, M. y Faílde, J., (2000). *La Psicología Clínica y de la Salud en el Siglo XXI. Posibilidades y Retos*. Madrid: Dykinson.
- Loáziga, H.; Benavides, A., Bolaños, M., Ortiz, L., Vega, R. y Bremes, T. (2008). Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Revista Costarricense de Cardiología*, 10, 9-13.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5, 327-349.
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 37-50.
- McKay, M., Davis, M., y Fanning, P. (1985). *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, Ed. Thomson, México.
- Palmero, F., Díez, J., Diago, J., Moreno, J. y Oblitas, L. (2007) Hostilidad, Psicofisiología y Salud Cardiovascular. *Suma Psicológica*, 14, 23-50.
- Palmero, F., Gómez, C., Guerrero, C., Carpi, A., Díez, J. y Diago, J. (2007). Hostilidad, Psicofisiología y Salud Cardiovascular. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 22-43.
- Pineda, C. (2008). Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. *Colombia Médica*, 39, 96-106.
- Pons, X. y Gil, M. (2008). Patrones de comportamiento relacionados con la salud en una muestra española de población general. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 97-106.
- Prieto, J., Romero, D. y Álvarez, S. (2002). Estudio de salud y participación laboral de personas mayores. *Cuadernos Aragoneses de Economía*, 12, 271-291.
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Remor, E., Carboles, J.A.; Arranz, P., Martínez, D. y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH-SIDA. *Psicología Conductual*, 9, 323-336.
- Ribera, A, Ferreira, I., Cascant, P., Marsal, J., Romero, B., Pedrol, D., Martínez, C., Pons, J., Fernández, T. y Permanyer, G. (2009). Supervivencia, estado clínico y calidad de vida a los 5 años de la cirugía coronaria, Estudio ARCA. *Revista Española de Cardiología*, 62, 642-651.
- Ribera, J. (2008). Cirugía cardíaca y edad avanzada. *Revista Española de Cardiología*, 61, 564-566.
- Richard's, M. y Solanas, A. (2008). Millon's personality model and ischemic cardiovascular acute episodes: profiles of risk in a decision tree. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 437-450.
- Rodríguez, G. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. Facultad de Psicología UNAM, México.
- Rodríguez, F. y Sáez, G. (2008). Obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus: ¿puntos de partida o finales de un mismo problema? *Revista de Medicina Interna de México*, 24, 342-345.
- Rodríguez, J., Ruíz, F., Peñaloza, E., Eslava, J., Gomez, L., Sanchez, H., Amaya, J., Arenas, R. y Botiva, Y. (2009). *Encuesta nacional de salud 2007*. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas.
- Rozo, R., Merchán, A., Calderón, J., Blanco, M., Pineda, M., Charría, D. y Vélez, S. (1999). *Epidemiología de la enfermedad cardiovascular*. Bogotá: Sociedad Colombiana de Cardiología.
- Torres, L., Troncoso, S. y Castillo, R. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticoZs y un grupo control. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 285-298.
- Uribe, A.F., Valderrama, L. y Molina, M. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 75-81.
- Varela, M., Arrivillaga, M., Cáceres, D., Correa, D. y Holguín, L. (2005). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en al presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana de Psicología*, 14, 69 – 85.
- Vinaccia, S., (2003) El patrón de conducta Tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 161-168.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fonseca, P., Fernández, H. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 47-56.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, A. y Montoya, L., (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial leve. *Diversitas*, 3, 203-211.