

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología

***Estrategias de afrontamiento y calidad de vida presente en
personas que sufrieron infarto agudo del miocardio (IAM) y
sus parejas.***

Sustentante

Mariana Torres Acuña
A76465

Comité Asesor

Director: Ronald Ramírez Henderson, Ph.D.

Lectora: Dra. Ana María Jurado Solórzano.

Lector: Lic. Carlos Araya Cuadra.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

2013

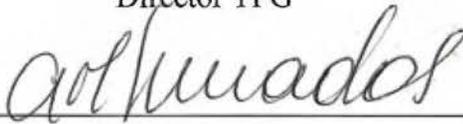
Hoja de aprobación

*Estrategias de afrontamiento y calidad de vida presente en personas que sufrieron infarto
l miocardio (IAM) y sus parejas.*

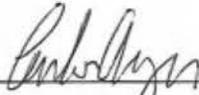
Este proyecto fue presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, y fue aprobado por los siguientes miembros del tribunal examinador:



Ronald Ramírez Henderson Ph.D.
Director TFG



Dra. Ana María Jurado Solórzano
Lectora TFG



Lic. Carlos Araya Cuadra.
Lector TFG



Magíster Gloriana Rodríguez
Presidenta Tribunal examinador



Lic. Luis Francisco Vargas Madriz
Profesor invitado



Bach. Mariana Torres Acuña
Sustentante

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por permitirme el don de la vida, y brindarme la guía necesaria para alcanzar esta meta.

Al Dr. Ronald Ramírez por todo el acompañamiento, el apoyo incondicional y la motivación otorgada a lo largo de éste proceso, y a través de mis años de formación. A la Dra. Ana María Jurado por toda la paciencia y disposición mostrada desde el inicio, al Lic. Carlos Araya por formar parte de éste proyecto y colaborar en el mismo, y al Lic. Esteban Montenegro por su invaluable aporte y asesoría estadística.

También agradezco enormemente a las personas que trabajan en el programa de rehabilitación cardíaca del CENARE, especialmente a la Dra. Severita Carillo, a la Licda. Libia Bolaños y la Msc. Vivian Acosta, por abrir las puertas del programa a ésta investigación y colaborar para que la misma fuera posible.

De igual modo, extiendo mi especial agradecimiento al servicio de cardiología del hospital San Vicente de Paúl, especialmente al Dr. Andrés Benavides, a Cecilia Arroyo, a la Dra. Shirley Yanarela y a Rosibel Víquez, por dedicar parte de su tiempo, conocimiento y disposición para éste proyecto.

Asimismo, expresé mi agradecimiento al señor Humberto Durán, presidente de la asociación de cardiopatía de Alajuela y a los señores Arnoldo Coto y Emilio Soto, de la asociación de rehabilitación cardíaca de Cartago, por toda la colaboración brindada.

Finalmente, agradezco a todas las personas que participaron en ésta investigación y tuvieron la confianza de compartir parte de su vivencia para que ésta fuera posible.

DEDICATORIA

"Quien tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo"

Nietzsche

*Esta tesis está dedicada a todas aquellas personas que de algún u otro modo,
han constituido el por qué, a lo largo de mi vida, especialmente a:*

*A mis papás Rosa y Efraín a quiénes debo **TODO** lo que soy,
quiénes me enseñaron a soñar y no temer a los retos*

*A mis hermanos Sergio y María Paula, quiénes me
han enseñado que la vida cobra mayor sentido
si se observa a través de la mirada de un niño(a).*

*A mis abuelas Gladys y Mireya, por enseñarme
que la vida no la definen nuestras circunstancias, sino
lo que hacemos con las circunstancias que la vida nos da.*

*A mis amigas y compañeras de ruta, Mónica y Cindy
quiénes viajaron junto a mí durante todos estos años,
sin importar el mal clima o lo difícil del camino.*

*A mis amigas de siempre, Kary, Guis, Glen, Rosita y Karen
por escribir sus nombres en piedra*

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO DE REFERENCIA	5
1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	5
1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	5
1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	14
2. MARCO CONCEPTUAL	15
2.1. ENFERMEDAD CORONARIA.....	15
2.1.1. ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS.....	16
2.1.2. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).....	17
2.2. FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.....	18
2.2.1. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES.....	20
2.2.3. FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES Y RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA.....	21
2.2.4. FACTORES DE RIEGO PSICOSOCIAL.....	29
2.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	39
2.3.1. EL AFRONTAMIENTO COMO PROCESO.....	40
2.3.2. CATEGORÍAS DE AFRONTAMIENTO.....	41
2.3.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CORONARIAS.....	42
2.3.4. AFRONTAMIENTO EN PAREJA Y ENFERMEDAD CORONARIA.....	45
2.3.4.1. APROXIMACIONES TEÓRICAS ACERCA DEL AFRONTAMIENTO EN PAREJAS.....	45
2.3.4.2. AFRONTAMIENTO EN PAREJA Y ENFERMEDAD.....	47
2.3.5. AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL.....	48
2.4. CONCEPTO DE SALUD.....	49
2.5. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	52
2.5.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	54
2.5.2. MEDICIONES DE CALIDAD DE VIDA EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.....	56
2.6. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EMOCIONAL.....	58
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	61
1. OBJETIVOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	63
III. METODOLOGÍA	64
1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	64
2. PARTICIPANTES.....	64
3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LLEVAR A CABO LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	65
3.1. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.....	65
3.2. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COPE VERSIÓN BREVE.....	69
3.3. PROCEDIMIENTO EFECTUADO PARA LA ADAPTACIÓN DE LENGUAJE DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	70
3.3.1. FASE I. ADECUACIÓN GRAMATICAL DE LOS INSTRUMENTOS AL CONTEXTO COSTARRICENSE.....	71
3.3.2. FASE II. VALIDEZ DE LOS ÍTEMS SEGÚN CRITERIO DE JUECES.....	76
3.3.3. APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PILOTOS DE AMBOS INSTRUMENTOS.....	81
4. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	84

5.PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	87
6.CRITERIOS PARA GARANTIZAR EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	87
7.PRECAUCIONES TOMADAS PARA PROTEGER A LOS Y LAS PARTICIPANTES	88
IV. RESULTADOS.....	89
1.DESCRIPCIÓN DE LOS Y LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	89
2.ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS DE AUTO-REPORTE UTILIZADOS (SF-36 Y COPE)	93
3. ANÁLISIS DE FACTORES Y DE CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO COPE	95
4.DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA MUESTRA ESTUDIADA	101
5. DESCRIPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÙN EL SF-36 EN LA MUESTRA ESTUDIADA	103
6. RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA	106
7. RESULTADOS ADICIONALES.....	110
7.1. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y VARIABLES ASOCIADAS AL INFARTO , PRESENTES EN LOS Y LAS PARTICIPANTES	110
7.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	115
7.3. CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	117
7.4. CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN LA MUESTRA ESTUDIADA.....	119
7.5. CALIDAD DE VIDA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INFARTO MÁS RECIENTE Y EL TIEMPO DE ASISTENCIA A REHABILITACIÓN CARDÍACA	120
LIMITACIONES	123
DISCUSIÓN	124
CONCLUSIONES	149
RECOMENDACIONES	153
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
ANEXOS	182

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. PROPUESTA DE DEFINICIONES EN CALIDAD DE VIDA RELACIONADAS CON LA SALUD	55
TABLA 2. VALORES DE PUNTUACIONES PARA REALIZAR LA TRANSFORMACIÓN DE LA ESCALA EN EL SF-36	67
TABLA 3. PROMEDIO, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y PUNTAJES DE LOS COEFICIENTES PARA CADA ESCALA DEL SF-36.....	68
TABLA 4. ÍTEMS Y PALABRAS DEL SF-36 QUE MOSTRARON DIFICULTADES DE COMPRESIÓN.....	72
TABLA 5. ÍTEMS DEL SF-36 CON AJUSTES GRAMATICALES INCORPORADOS	73
TABLA 6. ÍTEMS Y PALABRAS DEL COPE (VERSIÓN BREVE) QUE MOSTRARON DIFICULTADES DE COMPRESIÓN	74
TABLA 7. ÍTEMS DEL INVENTARIO COPE (VERSIÓN BREVE) CON AJUSTES GRAMATICALES INCORPORADOS	75
TABLA 8. ÍTEMS DEL SF-36, REVISADOS SEGÚN CRITERIO DE JUECES	79
TABLA 9. ÍTEMS DEL SF-36, REVISADOS SEGÚN CRITERIO DE JUECES	79
TABLA 10. ÍTEMS DEL COPE, REVISADOS SEGÚN CRITERIO DE JUECES.	80
TABLA 11. ÍTEMS DEL COPE, REVISADOS SEGÚN CRITERIO DE JUECES.....	80
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LOS Y LAS PARTICIPANTES POR RANGO DE EDAD SEGÚN EL GÉNERO.....	90
TABLA.13. DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPANTES POR RANGO DE EDAD SEGÚN TIPO DE SUJETO.....	91
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LOS Y LAS PARTICIPANTES DE ACUERDO CON EL NIVEL EDUCATIVO	91
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LAS PAREJAS PARTICIPANTES DE ACUERDO CON EL INGRESO MENSUAL	92
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LAS PAREJAS PARTICIPANTES DE ACUERDO CON EL TIPO DE OCUPACIÓN.....	92
TABLA 17. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS E ÍNDICES DE CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS SF-36 Y COPE	93
TABLA 18: ANÁLISIS DE FACTORES CON ROTACIÓN VARIMAX DEL INVENTARIO COPE EN SU VERSIÓN BREVE.....	96
TABLA 19: ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LOS FACTORES (COPE VERSIÓN BREVE).....	98
TABLA 20. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LAS SUBESCALAS DEL INVENTARIO COPE (VERSIÓN BREVE)	99
TABLA 21. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD SUBESCALAS DEL COPE EN SU VERSIÓN BREVE.....	100
TABLA 22. DISTRIBUCIÓN DE LAS MEDIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO OBTENIDAS POR LA MUESTRA TOTAL	101
TABLA 23. PRUEBAS T DE MEDIAS INDEPENDIENTES PARA LAS MEDIDAS DE AUTO-REPORTE SEGÚN EL TIPO DE SUJETO.....	104
TABLA 24. PRUEBAS T DE MEDIAS INDEPENDIENTES PARA LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ACUERDO CON EL TIPO DE SUJETO	105
TABLA 25. MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON INFARTO	108
TABLA 26. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS SEGÚN HISTORIA PREVIA DE INFARTOS	114
TABLA 27. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INFARTO	114
TABLA28. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN TIEMPO DE ASISTENCIA A REHABILITACIÓN CARDÍACA.....	115
TABLA29. ANÁLISIS DE REGRESIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN CRITERIOS TEMPORALES	121
TABLA 30. ANÁLISIS DE REGRESIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN CRITERIOS TEMPORALES.....	121

LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPANTES SEGÚN GÉNERO	89
GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN EN LA PRESENTACIÓN DE INFARTOS SEGÚN EL GÉNERO	90
GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE LAS PAREJAS DE ACUERDO CON LA PROVINCIA DE PROCEDENCIA	91
GRÁFICO 4: PUNTAJE OBTENIDO PARA CADA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SF-36.....	104
GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN PERSONAS CON INFARTO Y SUS PAREJAS.....	111
GRÁFICO 6: FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO SEGÚN TIPO DE SUJETO.....	112
GRÁFICO 7: DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN TIPO DE SUJETO.....	112
GRÁFICO 8: FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO SEGÚN GÉNERO.....	113
GRÁFICO 9: DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN EL GÉNERO.....	113

Torres, M. (2012). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida presente en personas que sufrieron infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Resumen

La enfermedad coronaria constituye una condición crónica de carácter multifactorial, que se encuentra relacionada con una serie de condiciones de riesgo no sólo convencionales, sino también psicológicos.

Este aspecto recalca la importancia de incorporar variables de carácter psicosocial, al estudio del proceso de recuperación de la persona que presenta tal condición. Esto, con el fin de garantizar las condiciones psicosociales que les permitan una óptima recuperación y reintegración social.

En este sentido, se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la enfermedad, constituyen una variable de gran importancia en la calidad de vida tanto de la persona que presenta la condición coronaria como para su pareja, la cual, ha demostrado sufrir un impacto similar al de su cónyuge después del infarto.

En consecuencia con lo anterior, el presente estudio se diseñó con el objetivo investigar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, presente en personas que sufrieron un infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas, en tres provincias del GAM. Para ello, se utilizó un estudio de tipo correlacional con diseño transversal.

Los principales resultados obtenidos indicaron un predominio de ambos miembros de la pareja en la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, tales como, la religión, la aceptación, reinterpretación positiva y el desahogo. No se encontraron

diferencias significativas en relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con infarto y sus parejas.

En lo que respecta a la calidad de vida, se observó que tanto las personas que presentaron el infarto como sus parejas, presentaban una afectación similar en el componente global de salud física y el componente global de salud mental. Específicamente, se encontró que las dimensiones que mostraron mayor afectación en ambos componentes, fueron el rol físico y emocional, respectivamente.

Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en las dimensiones de función física, rol físico, y rol emocional.

Finalmente, en cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida se refiere. El desahogo y la aceptación, reportaron la mayor cantidad de asociaciones significativas con las dimensiones de la calidad de vida para las personas con infarto. Mientras que, en el caso de las parejas, la única asociación se reportó entre la aceptación y las dimensiones de función social y función física.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades coronarias constituyen una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. Durante el año 2008, la cardiopatía isquémica representó un 12,8% del total de defunciones a nivel mundial, constituyendo la muerte de 7.5 millones de personas (OMS, 2008).

En el caso específico de Costa Rica, los últimos resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), determinaron que durante el año 2010, la principal causa de mortalidad en la población costarricense estuvo relacionada con cardiopatía isquémica, representando la muerte de 2.595 personas.

En vista de lo anterior, y a pesar de los avances realizados para prevenir la incidencia de este tipo de enfermedades, los estudios epidemiológicos señalan un aumento crítico de las mismas para los próximos años. Así por ejemplo, la OMS (2010) estableció que para el año 2030 la cifra de defunciones debidas a esta causa podría llegar a alcanzar los 23,6 millones en el mundo, proyección que se estima con una mayor concentración en los países de ingresos medios y bajos.

Este aspecto no deja de ser preocupante, más aun, teniendo en cuenta el impacto a nivel económico, social y emocional que entraña la enfermedad tanto para el individuo como para la sociedad en general (Govil, Weidner, Merritt & Omish, 2009).

De acuerdo con lo anterior, la enfermedad coronaria constituye una condición crónica en sus distintas manifestaciones, cuyo abordaje debería implicar la realización de cambios en patrones conductuales desadaptativos (Mahrer, Hoffmann & Sivarajan, 2006), que por lo general han tendido a ser muy estables a través de la historia longitudinal del individuo y su familia. Este aspecto recalca la importancia de garantizar a estas personas,

las condiciones psicosociales que les permitan una óptima recuperación y reintegración social.

De esta manera, el objetivo de éste estudio consistió en investigar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y la calidad de vida, presente en personas con diagnóstico de infarto agudo del miocardio (IAM) y sus respectivas parejas.

Para tales efectos se realizó un estudio correlacional de diseño transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2006) en una muestra de personas de tres provincias del gran área metropolitana (GAM).

La presente investigación surge de la necesidad de incorporar variables de carácter psicosocial, al estudio del proceso de rehabilitación de la persona que presenta una condición coronaria. Factor que en nuestro país ha tendido a ser desplazado por el estudio de otro tipo de variables, como por ejemplo, los factores de riesgo o la evolución de la mortalidad atribuible por ésta causa (Barahona, 2002; Castillo, Alvarado & Sánchez, 2006).

Para ello, el principal aporte que se pretendió realizar a través de este estudio, fue de carácter teórico práctico, pues su objetivo consistió en contribuir a la comprensión de las variables de carácter psicosocial que median la calidad de vida evidenciada por las personas con condiciones coronarias y sus parejas.

Partiendo de lo anterior, es posible señalar que este estudio pretendió además, realizar varios aportes específicos, dirigidos hacia el ámbito de la salud, la psicología y la sociedad costarricense en general.

En primer lugar, con respecto a los aportes en el área de la salud; el conocimiento de variables implicadas en el proceso de recuperación y ajuste experimentado por la persona tras sufrir un infarto de miocardio, posibilita brindar contribuciones a nivel teórico, con

implicaciones prácticas para el sistema sanitario. Estos conocimientos permitirían una mayor optimización de los procesos de rehabilitación cardíaca que se desarrollan en el país.

Por otra parte, una mayor comprensión sobre la importancia que desempeñan las variables psicosociales en los procesos de recuperación de la enfermedad coronaria, permitiría llamar la atención en lo que respecta al diseño de políticas de salud más efectivas. Especialmente, en materia de prevención secundaria para la enfermedad coronaria, incorporando elementos de la realidad nacional y contextual de la persona con condición coronaria y de su pareja.

Además, en lo que refiere al aporte a la disciplina psicológica, si bien es cierto, en la literatura se evidencian varias líneas de investigación que relacionan de algún modo, las variables en investigación (Christian, Cheema, Smith & Mosca, 2007; Mc Lean & Timmis, 2007). Los estudios sobre la forma en que las estrategias de afrontamiento de la persona con infarto y su pareja, se relacionan con la calidad de vida evidenciada por ambos, han sido muy escasos.

Finalmente, con respecto al aporte generado para la sociedad costarricense, una mayor comprensión de los procesos que favorecen la prevención secundaria de la enfermedad cardíaca coronaria, puede implicar una serie de beneficios que además de incidir sobre la calidad de vida de la propia persona, podría favorecer la disminución de la carga y coste económico que este tipo de padecimientos acarrearán para el sector salud y la sociedad en general.

La distribución del siguiente trabajo a través de este documento será la siguiente. En un primer apartado se expondrán los antecedentes investigativos del estudio, el marco conceptual, el planteamiento del problema y los objetivos de la investigación. En un segundo apartado se presenta la propuesta metodológica en donde se desarrolla el tipo de

estudio, la población, la muestra, y los instrumentos utilizados para la recolección de datos. Finalmente, en un último apartado se exponen los principales resultados obtenidos, así como, la discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones realizadas.

CAPÍTULO I

MARCO DE REFERENCIA

Este capítulo incluye el desarrollo teórico que otorga sustento a la presente investigación. Para ello, ésta sección se ha dividido en dos apartados. El primero trata los principales antecedentes internacionales y nacionales relacionados con el estudio, mientras que, en el segundo se esbozan los principales conceptos y definiciones de las variables en investigación. Estos se desarrollan a continuación.

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

El desarrollo teórico realizado en este apartado se ha enfocado en aspectos como las estrategias de afrontamiento evidenciadas ante el infarto y su relación con el proceso de ajuste psicosocial experimentado por las personas en su proceso de recuperación. Asimismo, se ha integrado literatura que pone de manifiesto la importancia central que la pareja puede desempeñar en la contribución de este proceso.

El desarrollo de éste apartado se presenta de acuerdo con un orden cronológico para cada una de las diferentes áreas temáticas esbozadas a nivel internacional y nacional.

1.1. Antecedentes internacionales

Con respecto a lo que el ámbito internacional concierne, ésta sección se dividió en varios subapartados en el que se exponen algunas de las líneas de investigación más relevantes para este estudio. En cada uno de estos subapartados, las investigaciones se presentan siguiendo un orden cronológico establecido desde los estudios más antiguos a los más recientes.

De conformidad con lo anterior, se menciona en primera instancia, la importancia que entrañan las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la enfermedad, por las personas que han sufrido un infarto de miocardio, en su posterior proceso de recuperación.

En esta línea se ha indicado que tras sufrir un infarto, algunos sujetos tienden a presentar desórdenes depresivos, ansiosos o incluso trastorno por estrés postraumático; mismos que interfieren directamente con su proceso de rehabilitación y por ende, en su calidad de vida (Ayers, Copland & Dunmore, 2009).

Tales estados anímicos han sido asociados con estrategias específicas de afrontamiento cognitivo, tales como, catastrofización y rumiación, así como, reevaluación y reorientación positiva (Garnefski, Kraaij, Schroevers, Aarnink, Van der, Herpen & Somsen, 2009).

Estos resultados evidencian que la enfermedad coronaria puede traer consigo importantes síntomas psicológicos que aumentan el riesgo de que se presenten cuadros patológicos severos (Nikolić, Samardžić & Milenković, 2011). Lo cual, indica la necesidad de incorporar el estudio de las variables psicológicas, como parte de los factores que inciden en el proceso de recuperación y ajuste experimentado después del infarto.

Aunado a lo anterior, otra línea de investigación implicada con éste ámbito de estudio, se relaciona con la variable del apoyo social. Cuya incidencia sobre la recuperación de la persona con infarto de miocardio, ha resultado fundamental.

Desde esta perspectiva, se señala que el apoyo social, independientemente de otras variables, logra prevenir el reingreso hospitalario por complicaciones coronarias, además de jugar un rol facilitador en el proceso de recuperación de la persona que presenta la enfermedad. Específicamente, esto se debe a que el apoyo social se ha asociado con una mayor adherencia al tratamiento médico, implementación de hábitos de vida saludables, así

como, con una reducción del impacto emocional del evento coronario (Christian, Cheema, Smith & Mosca, 2007).

De esta manera, aunque si bien es cierto el apoyo social como tal, puede ser provisto por diversos entes, como amigos, compañeros de trabajo o familiares. Se ha determinado que el rol que juega el apoyo brindado por la pareja o cónyuge, parece ser el más vinculante de todos (Gerward, Tydén, Engström & Hedblad, 2010).

Así mismo, el estar casado o vivir en pareja se considera un importante factor protector para el desarrollo de complicaciones por enfermedades coronarias (Hu, Li, Wang, Liu, Teo & Yusuf, 2012 y Lett et al., 2011).

Los datos anteriores, además de ejemplificar la relevancia que juega el apoyo social suministrado por la pareja, en el proceso de enfermedad-recuperación coronaria. Otorgan información relevante acerca de la importancia que desempeña la forma en que el/la cónyuge afronta la enfermedad de su pareja. En este sentido, otra de las líneas de investigación que se han trazado lo ha constituido el impacto de la enfermedad coronaria en la pareja del paciente.

Así, un aporte de interés, lo constituye el estudio realizado por De León (2000), quien determinó en una muestra de mujeres latinas, que ante la presencia de un accidente cerebrovascular en sus esposos, éstas tendieron a experimentar fuertes sentimientos de obligación hacia el cuidado de su compañero. Ante los cuales, se utilizaron estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (socialización, ocio personal y religiosidad), mismas que fueron analizadas como esfuerzos para preservar su propio bienestar físico y mental.

Aunado a lo anterior, Eriksson, Asplund y Svedlundhan (2010), indican que las parejas de personas sobrevivientes de infartos, pueden presentar un impacto emocional

similar al de su cónyuge, expresado a través de la presencia de trastornos de ansiedad, estrés postraumático, depresión y alteraciones en el estilo de vida.

Sumado a lo anterior, una línea de investigación se ha dirigido hacia el estudio del impacto de la enfermedad coronaria sobre el funcionamiento conjunto de la pareja. Así por ejemplo, Stewart, Davidson, Meade, Hirth y Makrides (2000), encontraron que tras la incidencia de un infarto de miocardio, las esposas de las personas que experimentaron el evento, tendieron a señalar que la enfermedad constituyó un impacto negativo sobre su relación marital, implicando pobre comunicación, interacciones conflictivas, así como, mayor crítica y evitación, aspectos que afectan directamente el nivel de apoyo brindado por las mismas hacia sus esposos.

En este sentido, Mahrer, Hoffmann y Sivarajan (2006), han señalado que tras la experimentación de la enfermedad, pueden surgir tres formas de abordar la situación por parte de la pareja: (1) evaluar la enfermedad como algo positivo de transformación para su experiencia de vida, brindando a ambos una mayor cercanía, (2) experimentarla como una amenaza que impone miedo a ambas partes y (3) las parejas pueden experimentar una oportunidad de pérdida para cambiar (Mahrer et al., 2006).

En relación con lo anterior, Randall, Molloy y Steptoe (2009), son enfáticos en señalar que la forma en que el cónyuge de la persona con enfermedad coronaria percibe, experimenta y afronta el evento cardíaco, juega un rol importante tanto en el ajuste de la persona hacia su enfermedad, como en la calidad de vida experimentada por ambos.

De acuerdo con las líneas de investigación anteriormente desarrolladas, se evidencia la importancia que variables como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, adquieren con respecto al ajuste psicosocial experimentado por la persona con enfermedad

cardíaca. Cobrando especial relevancia la mediación que dichas variables juegan en el proceso de presentación y recuperación de la enfermedad.

1.2. Antecedentes nacionales

En lo que respecta al ámbito nacional, la mayoría de investigaciones realizadas hasta el momento sobre infarto de miocardio, surgen desde áreas como la nutrición, la medicina, la enfermería y las ciencias deportivas. Las cuales, se han concentrado sobre la incidencia de factores de riesgo asociados con la enfermedad cardíaca coronaria, la evaluación del impacto en los programas de rehabilitación cardíaca, así como, la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo, especialmente en lo que a tasas de mortalidad refiere.

Este apartado, también se presenta de acuerdo con diversas líneas de investigación, que se han ordenado para cada apartado siguiendo un orden cronológico desde el más antiguo al más reciente.

Uno de los primeros antecedentes lo encontramos en Jiménez (1990), quién presenta en el simposio internacional de medicina sobre aterosclerosis, diabetes y enfermedad coronaria, un estudio titulado: Factores de riesgo coronario y estrategias para la prevención de la enfermedad coronaria. En esta investigación, hace mención a la incidencia de los principales factores de riesgo coronario encontrados en la población costarricense (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, fumado, reducciones en la concentración del colesterol HDL, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus y obesidad).

Así mismo, señala que un aspecto fundamental en la ocurrencia de este tipo de enfermedades, es que la mayor parte de los factores de riesgo implicados, pueden ser susceptibles de modificación a través del cambio de patrones conductuales. Enfatizando

con ello, la importancia de intensificar las estrategias de prevención tanto a nivel primario como secundario.

Posteriormente, Fernández y Ulate (1999), realizan un estudio con el fin de describir factores de riesgo de enfermedad de las arterias coronarias, en jóvenes de la universidad de Costa Rica. Esta investigación fue de carácter prospectivo y tuvo una duración de cinco años, a través de los cuales se le dio seguimiento periódico a los sujetos estudiados, con el fin de determinar el comportamiento de las variables en estudio.

Los resultados alcanzados señalaron que la presencia de factores de riesgo coronario se presentan desde edades muy tempranas, y que tienden a mantenerse a través del tiempo (Fernández & Ulate, 1999).

Un aspecto de importante consideración en esta investigación, es que se exploran algunos de los conocimientos, creencias y prácticas de los jóvenes universitarios sobre dichos factores de riesgo; encontrando que la mayoría no reconocía la posibilidad de desarrollar la enfermedad en un futuro. Aspecto que estuvo relacionado con ciertas creencias sobre la enfermedad, tales como, que ésta surgía hasta después de los 40 años y que era exclusiva de personas obesas.

Tomando en cuenta la relevancia de los datos obtenidos durante la década de los noventa; a partir del año 2000 se empieza la publicación de un grueso de estudios que datan especialmente sobre los sobre factores de riesgo coronario presentes para diferentes poblaciones con o sin antecedentes cardíacos (Barahona, 2002; Castillo, Alvarado & Sánchez, 2006; Esquivel, Alvarado, Solano & Ramírez, 2008; Guzmán & Roselló, 2006; Martínez, 2005; Sáenz, Tinoco & Rojas, 2005 y Vargas, 2003). Donde nuevamente cobran relevancia aspectos como la hipertensión, la diabetes, obesidad, la dislipidemia, entre otros.

Otra línea investigación desarrollada aunque en menor medida, se ha orientado hacia el impacto y la evolución epidemiológica de las enfermedades coronarias en la población costarricense (Leal, Wong, Peña & Guevara, 2005; Peña, 2004; Tortós, 2000).

En relación con lo anterior, Roselló y Guzmán (2003), elaboraron un estudio con respecto a la evolución epidemiológica de la mortalidad por infarto de miocardio en el país, desde el año de 1970 hasta el 2001.

Los principales resultados obtenidos, señalaron un aumento del 18,4% para mortalidad de enfermedad isquémica del corazón e infarto de miocardio. Observándose que ésta fue mucho mayor en hombres (28,4%) que en mujeres (6,1%). Asimismo, los mayores incrementos en las tasas de mortalidad se observaron en las regiones semiurbanas y rurales, así como, en personas mayores de 75 años.

Aunado a lo anterior, y con el aumento experimentado por este tipo de padecimientos, se han realizado algunos estudios interesados en evaluar el impacto de diferentes programas de rehabilitación cardíaca, sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida experimentado por los pacientes.

Así por ejemplo, Escobar (2001), efectuó una comparación entre la calidad de vida y el acondicionamiento físico en adultos mayores que participan en el programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.

En conformidad con lo anterior, Vargas (2008), realizó un estudio en el centro nacional de rehabilitación (CENARE) para evaluar el efecto de la rehabilitación cardíaca en sus asistentes. Concluyendo que si bien, éste programa muestra eficacia para el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica en relación con

su salud física. Éste efecto no logra trascender hacia aspectos relacionados con la salud mental y el funcionamiento social del paciente.

Por otra parte, Loásiga, Benavides, Bolaños, Ortiz, Vega y Brenes (2008), efectúan un estudio con una muestra de 330 pacientes que asisten al programa de rehabilitación cardíaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia, con el fin de evaluar la calidad de vida experimentada en dichos sujetos.

Los resultados obtenidos a partir de este estudio, además de confirmar la relevancia que los programas de rehabilitación cardíaca, constituyen en la mejoría de la calidad de vida de las personas con condiciones coronarias. Rescatan aspectos de gran interés como la importancia de considerar la rehabilitación desde un enfoque integrador, que también tome en cuenta los factores psicosociales que se encuentran implicados en la misma.

De acuerdo con las investigaciones revisadas, se puede apreciar que las ciencias de la salud constituyen los principales contribuyentes en el estudio de la enfermedad coronaria en el país. Siendo muy escasas las aproximaciones realizadas desde una perspectiva psicosocial de la misma.

Estos resultados evidencian un gran vacío en cuanto al conocimiento de las variables psicológicas que intervienen en la aparición, mantenimiento y tratamiento de este tipo de enfermedades. Mismas que inciden directamente en la calidad de vida de las personas que presentan el padecimiento, así como, en la de sus familias.

Por otra parte, otra línea de investigación a nivel nacional, se ha enfocado en lo que respecta al estudio de las estrategias de afrontamiento en el campo de la psicología de la salud, uno de los estudios encontrados es el de Barguil (2003), quién realizó una investigación sobre bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento al estrés y autoeficacia percibida en pacientes operados por cáncer gástrico que asisten al centro de

detección temprana de cáncer gástrico, hospital Max Peralta de Cartago, como tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología de Universidad de Costa Rica.

En este estudio se encontró que estrategias como la religión, el afrontamiento activo y el reencuadre positivo, se constituyeron de vital importancia de cara a la enfermedad. En esta investigación se rescata de igual manera, la importancia que cobra la variable de apoyo social, para lidiar con el estrés asociado al diagnóstico de la enfermedad.

En esta misma dirección, Sánchez (2009), realiza una investigación con 19 sujetos con padecimientos coronarios, que asisten al programa de rehabilitación cardíaca de la Escuela de Ciencias del Deporte de la Universidad Nacional, con el fin de evaluar el complejo-ira-hostilidad-agresión y los mecanismos de afrontamiento presentes en ésta población.

De esta forma, los resultados de este estudio determinaron una prevalencia de utilización de estrategias como la religión, el apoyo social y la aceptación, las cuales presentaron una mayor frecuencia después de presentarse el evento cardiovascular.

De acuerdo con los estudios anteriormente revisados, es posible concluir que la investigación en torno a las variables de carácter psicosocial, implicadas en el ajuste de la enfermedad coronaria y el proceso de recuperación en personas con infarto de miocardio y en sus parejas, ha sido muy escasa en el país. Este aspecto ha generado varios vacíos en torno al abordaje de una condición cuyo origen se considera de carácter multifactorial, y que por ende, requiere un abordaje integral donde disciplinas como la psicología juegan un rol fundamental

De acuerdo con lo anterior, surge la necesidad de involucrar en este campo, el estudio de variables de naturaleza psicosocial que permitan una mayor comprensión de los factores involucrados.

En consistencia con este planteamiento, el afrontamiento desarrollado ante la enfermedad constituye una variable que ha demostrado ser determinante en el proceso de recuperación y en el nivel de calidad de vida experimentado.

En consideración con estos elementos, el presente estudio tuvo el objetivo de contribuir a la comprensión del afrontamiento en las personas que presentan infarto y sus parejas, y en la posible relación de éste con la calidad de vida evidenciada de forma posterior al infarto, conocimiento que podría entrañar importantes consideraciones en torno a los esfuerzos de prevención secundaria realizados en el ámbito nacional, para este tipo de poblaciones.

En el siguiente apartado se exponen los principales conceptos teóricos que respaldan esta investigación.

2. MARCO CONCEPTUAL DEL ESTUDIO

En el siguiente capítulo se presenta el desarrollo teórico de los principales conceptos abordados para efectos de esta investigación. Para ello, los temas se han organizado en tres apartados diferentes. En el primer apartado se esbozan algunos conceptos relacionados con la enfermedad coronaria. Asimismo, se incluye una descripción de los principales factores de riesgo relacionados con la misma. Los cuales, se han subdividido en no modificables, modificables y psicosociales.

En el segundo apartado se desarrollan los principales elementos conceptuales de la teoría del afrontamiento, incluyendo su definición y las categorías que comprende. Posteriormente, se realiza una descripción de cómo estas estrategias se relacionan con la enfermedad coronaria. Finalmente, en el tercer apartado se puntualizan algunos aspectos

relacionados con el concepto de salud y la calidad de vida en el padecimiento coronario. A continuación, se desarrollan estos apartados en el orden previamente descrito.

2.1. Enfermedad coronaria

Las enfermedades coronarias comprenden una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, y aunque inicialmente se consideraba que estas tenían un impacto mayor en las naciones desarrolladas. Actualmente, se conoce que alrededor del 80% de la carga global de la enfermedad, se concentra en los países de ingresos medios y bajos (OMS, 2011).

La cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria, constituye una de las posibles formas mediante las cuales la enfermedad cardiovascular puede manifestarse. En este sentido, la enfermedad cardiovascular se define a través una serie de alteraciones de etiología y localización diversa, que afectan en su conjunto el sistema circulatorio y el corazón (Corella & Ordovás, 2007).

Entre las condiciones que conforman la enfermedad cardiovascular se encuentra la enfermedad vascular periférica, la cardiopatía congénita y reumática, las enfermedades cerebrovasculares y finalmente, la cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria, cuyas manifestaciones pueden contener el infarto agudo de miocardio, la angina de pecho, la muerte súbita o la insuficiencia cardíaca (OMS, 2007).

Con respecto a la etiología clínica de la cardiopatía isquémica, ésta condición se encuentra relacionada con un desequilibrio a nivel de la oferta y demanda de oxígeno por parte del miocardio (Fuster, Walsh & Harrington, 2011). Es decir, está se presenta cuando una parte del miocardio recibe una cantidad inadecuada de sangre y oxígeno, debido a una obstrucción en las arterias coronarias.

Precisamente, uno de los factores que más se han relacionado con la obstrucción de las arterias coronarias, se corresponde con un proceso llamado aterosclerosis. Este se define a continuación.

2.1.1. Enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias

La cardiopatía isquémica surge como una consecuencia directa de la obstrucción de las arterias coronarias, especialmente de las arterias epicárdicas, las cuales se constituyen de vital importancia para la conducción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco (Brunton, Chabner, Knollmann & Goodman, 2011).

La aterosclerosis es el proceso subyacente a la obstrucción de las arterias coronarias. Su inicio puede presentarse desde edades muy tempranas durante la infancia o adolescencia y avanzar de forma asintomática durante el resto de la vida. Su formación suele encontrarse asociada con un endurecimiento de las arterias coronarias, relacionado con la exposición temprana a ciertos factores de riesgo, usualmente modificables (Fuster et al., 2011).

Debido a que su origen es de carácter multifactorial, se ha establecido que entre mayor cantidad de factores de riesgo presenta una persona, mayor riesgo experimenta para desarrollar dicha condición.

En consecuencia, el primer paso para el desarrollo de la aterosclerosis, lo constituyen las alteraciones a nivel fisiológico que se empiezan a gestar a partir de la interacción de dichos factores de riesgo.

Dentro de estas alteraciones, las que se constituyen de mayor importancia son las que afectan el funcionamiento de la pared vascular del endotelio. Las cuales, se empiezan a desarrollar gradualmente, hasta afectar una serie de funciones, como la capacidad de tromborresistencia, elemento que se encarga del traslado circulatorio de los corpúsculos

sanguíneos en el torrente sanguíneo (Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson & Loscalzo, 2012).

Por consiguiente, la pérdida de estas defensas puede dar lugar a una serie de procesos adversos, como la acumulación de lípidos a nivel subendotelial, lo que se conoce como "estría grasa". La cual, constituye un antecedente primordial para la conformación de la placa de ateroma en la pared vascular (Longo et al., 2012).

De esta forma, una vez que se ha conformado una placa de ateroma en la pared vascular del endotelio, ésta puede permanecer estable o progresar de forma gradual, de acuerdo con los factores de riesgo presentes (Brunton et al., 2012). No obstante, en cualquier momento la placa de ateroma puede erosionarse o romperse, dando lugar a la formación de un trombo, que puede llegar a obstruir de forma completa el paso del flujo sanguíneo través de la arteria.

Cuando esto sucede, una parte del músculo cardíaco experimenta un cese en su irrigación, ocasionando con ello una posible angina inestable o un infarto agudo del miocardio (López & Macaya, 2007).

2.1.2. Infarto agudo del miocardio (IAM)

El infarto agudo de miocardio se define como un síndrome clínico agudo, que se considera producto de la obstrucción de una arteria coronaria. En consecuencia, dependiendo de la zona de distribución de la arteria coronaria afectada, así serán las secuelas clínicas del infarto. Las cuales, pueden variar en una amplia gama y e inclusive pueden resultar en la posterior necrosis del músculo cardíaco afectado (Longo et al., 2012).

De acuerdo con Barrero y Piombo (2007), los principales síntomas asociados al cuadro clínico por infarto agudo de miocardio, consisten en el dolor severo y una sensación

opresiva en la región del pecho. Éste dolor puede prolongarse hacia el brazo izquierdo o el cuello, la mandíbula, los dientes o la espalda.

Otros síntomas asociados que pueden presentarse, incluyen las náuseas, los vómitos y los mareos. No obstante, López y Macaya (2007), indican que en el caso de las mujeres, las personas que presentan diabetes, hipertensión o edad avanzada, es común que se presente un cuadro sintomático atípico.

Un aspecto importante a tomar en consideración, lo determina el establecimiento de la gravedad del infarto, misma que dependerá de la presencia o ausencia de ciertos predictores de riesgo. Así por ejemplo, un infarto de mayor tamaño se ha asociado con mayores complicaciones y un peor pronóstico a largo plazo. Lo mismo sucede cuando la persona que lo experimenta presenta una edad avanzada (mayor de 65 años), o presenta condiciones como diabetes, infarto de miocardio previo, o angina post infarto (Longo et al., 2012).

Debido a que algunos de estos factores de riesgo constituyen un elemento de vital importancia para la comprensión no sólo del origen de un infarto, sino también para su progreso y posterior recuperación. Su comprensión y conocimiento resulta de gran importancia. A continuación se describen los principales factores de riesgo asociados.

2.2. Factores de riesgo implicados en la cardiopatía isquémica.

Desde el año de 1948, con el inicio del estudio del corazón de Framingham, se empezaron a determinar los principales factores de riesgo que podrían estar asociados al origen y progreso de la enfermedad coronaria. Estos primeros resultados epidemiológicos, revelaron que condiciones como la hipertensión, la obesidad, el sedentarismo y los niveles

elevados de colesterol, constituían factores que podían predecir la aparición de enfermedad coronaria (Brannon & Feist, 2000).

Posteriormente, tales resultados fueron confirmados en seguimientos realizados por el mismo estudio de Framingham, dónde se incorporaron incluso nuevas cohortes de sujetos. Asimismo, otras investigaciones de relevancia han continuado con el estudio de dicha temática. Así por ejemplo, estudios como el MONICA elaborado por la Organización Mundial de la Salud o el estudio INTERHEART de riesgo cardiovascular, han permitido establecer un consenso en la comunidad científica, acerca de los factores de riesgo que pueden predecir la enfermedad coronaria a través de diversas culturas.

Actualmente, los factores de riesgo denominados convencionales o tradicionales, son bien conocidos en el campo de investigación de la enfermedad coronaria, y desde hace varias décadas, han constituido el foco primordial de la prevención y el tratamiento de la misma.

Sin embargo, a pesar de su relevancia, se han obtenido resultados que indican que estos factores por sí solos, únicamente han llegado a explicar cerca de un 50% de la varianza total de la enfermedad coronaria (Hernández, Palomera & Santos, 2003).

Es por ello, que el estudio de esta condición, empezó a enfatizar la búsqueda de otros elementos que pudieran explicar el origen y desarrollo de dicha enfermedad, apareciendo de esta forma, los factores de riesgo psicosocial. Los cuales, han evidenciado un papel determinante en la aparición y desarrollo de la misma (OMS, 2005).

Con el fin de brindar una mayor comprensión acerca de los factores de riesgo que intervienen en la enfermedad coronaria. A continuación se realiza una descripción de los factores más relevantes. Para ello, se describen tres apartados, uno primero sobre factores

de riesgo no modificables, seguido de un apartado sobre factores de riesgo comportamentales y finalmente, sobre los psicosociales.

2.2.1 Factores de riesgo no modificables

Los factores de riesgo no modificables se definen como aquellos resultantes de condiciones genéticas o físicas, por lo que no son susceptibles de modificar o de alterar, aunque se modifiquen las condiciones y estilos de vida (Brannon & Feist, 2000). Entre los principales factores que se encuentran en este grupo se encuentran la edad, el género, y los antecedentes familiares.

La edad suele ser el factor de riesgo no modificable de mayor importancia para la prevalencia de enfermedad coronaria. Su influencia se explica debido a que con los años, es posible que se intensifiquen secuelas de enfermedades padecidas, así como, los estilos de vida y los factores de riesgo experimentados tanto con anterioridad, como en el presente. Los cuales, podrían provocar una serie de modificaciones a nivel funcional, que pueden alterar de forma adversa los factores protectores a la enfermedad (Asociación Americana del Corazón, 2011).

En el caso específico de Costa Rica, los resultados publicados por el instituto nacional de estadística y censo (INEC) estimaron que durante el 2010, la mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) mostró una mayor prevalencia en el grupo de edad correspondiente a personas mayores de 65 años, mientras que, en el caso del género fueron los hombres los que presentaron la condición en mayor magnitud (INEC, 2011).

De esta forma, en lo que respecta a género, se han descrito importantes diferencias en la prevalencia, incidencia y tratamiento de la enfermedad coronaria. Siendo los hombres los que suelen presentar un mayor riesgo para el desarrollo de la misma, debido a una serie

de condiciones ambientales, hormonales y genéticas que los hacen más propensos a padecerla (Ramakrishanan, Kumar & Madhusudhanan, 2011).

No obstante, se conoce que esta diferencia por género, suele desaparecer con la llegada de la menopausia en la mujer. Lo cual, se ha relacionado con una disminución de los niveles de estrógenos, que al parecer presentan efectos protectores sobre el funcionamiento vascular (Hyvarinen, Qiao, Tuomilehto, Soderberg, Eliasson & Stehouwer, 2010).

Finalmente, otro de los factores de riesgo no modificables, lo constituyen los antecedentes familiares, cuya presencia puede incrementar el riesgo especialmente, cuando la enfermedad se presenta de forma temprana en familiares de primer grado (Cobble, 2012).

Es importante reconocer que a pesar de la carga que los factores de riesgo no modificables, pueden desempeñar en relación con la enfermedad coronaria. La presencia de los mismos, no implica un diagnóstico definitivo de dicha condición, ya que, el riesgo que estos representan se encuentra mediado por factores comportamentales y psicosociales.

2.2.3. Factores de riesgo comportamentales y relacionados con el estilo de vida.

A diferencia de los elementos anteriores, los factores modificables, se encuentran directamente relacionados con hábitos y estilos de vida. Por esta razón, estos son susceptibles de ser alterados, a través de modificaciones cognitivas, conductuales y emocionales en ciertos patrones de conducta.

En esta dirección, el atlas mundial de prevención y control de la enfermedad cardiovascular, publicado por la OMS en el año 2011, determinó los principales factores convencionales implicados en el origen de esta condición. En orden de importancia, la

hipertensión constituyó el primer factor de riesgo, representando un 13% del total de las muertes atribuibles por esta condición.

Seguidamente, se ubicó el consumo de tabaco con un 9%, la elevación en los niveles de glucemia y la inactividad física con un 6%. El sobrepeso y la obesidad representaron de forma conjunta un 5%, y finalmente, los niveles elevados de colesterol ocuparon el último lugar de la lista (OMS, 2011). A continuación, se realiza una descripción de cada uno de estos factores de riesgo.

Hipertensión

La hipertensión se considera el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en general. Su incidencia tanto en la aparición como progreso de diferentes enfermedades, como el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio y la insuficiencia renal, se documentó desde 1970, con los informes de los estudios del corazón Framingham (OMS, 2011).

Actualmente, la hipertensión se considera una enfermedad crónica de origen multifactorial. En su desarrollo se encuentran involucrados factores de riesgo modificables (obesidad, consumo elevado de sodio, consumo de alcohol, sedentarismo, dieta rica en grasas) y no modificables (edad, antecedentes familiares, género). Así como, aspectos de carácter psicosocial, tales como, la ira y la ansiedad (Segura & Ruilope, 2011).

Específicamente, estos dos últimos elementos han destacado en el desarrollo y mantenimiento de dicha condición. Así por ejemplo, se ha encontrado que la hipertensión se encuentra asociada con una alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, e intensas respuestas de ansiedad, especialmente ante situaciones que implican algún tipo de evaluación, o se constituyen potencialmente fóbicas (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

A este respecto, se sugiere que la influencia que factores como la ira o la ansiedad, desempeñan en relación con la hipertensión, se encuentran determinados por la mediación que presentan sobre ciertos mecanismos psicofisiológicos que pueden ser inducidos o acelerados por los mismos, así como, la implementación de hábitos y conductas de riesgo (Espinoza, García & Sanz, 2012).

De acuerdo con las directrices de la séptima Comisión Mixta Nacional en la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial en los Estados Unidos (JNC VII) y la Sociedad Internacional de la OMS para la hipertensión. La hipertensión se define a partir de la existencia de una presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg y una presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, o el uso de medicación antihipertensiva (Brunicardi et al., 2010).

No obstante, debido a que la hipertensión se relaciona con la muerte vascular desde el inicio de su aparición, se señala que establecer una definición precisa de la misma puede resultar un poco arbitrario (Segura & Ruilope, 2011).

A nivel mundial la hipertensión representa una prevalencia global estimada de más 600 millones de personas. En el caso específico de Costa Rica, el estudio sobre control de la presión arterial realizado por la Caja Costarricense del Seguro Social en el 2010, menciona que durante el año 2009, se invirtieron en medicamentos para el control de la hipertensión un total de \$3,2 millones de dólares. Asimismo, constituyó una de las principales causas por motivo de consulta externa e incapacidad laboral (CCSS, 2010).

A todo esto, es claro que la hipertensión además de representar una de las primeras causas de morbi-mortalidad a nivel mundial por enfermedad cardiovascular, se constituye en un factor primordial para el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad coronaria, asociado con un gran coste no sólo social, sino también económico.

De ahí, que su abordaje correctivo y sobretodo preventivo, requiere la discusión del tema en las agendas de salud pública, con miras a establecer esfuerzos conjuntos hacia un abordaje integral de la misma.

Consumo del tabaco

Fumar duplica la incidencia de enfermedad coronaria y aumenta la mortalidad por la misma en un 70%. Su contribución a las enfermedades cardiovasculares se desarrolla a través de una serie de procesos biológicos que afectan a los sistemas nerviosos central y periférico, así como, a las paredes de los vasos sanguíneos, el sistema de la coagulación y el sistema inmunológico (Brunicardi et al., 2010).

Concretamente, Velasco et al. (2000), indican que el riesgo que implica este hábito, se debe a sus acciones directas sobre los lípidos séricos, posibilitando incrementos en las concentraciones del nivel de colesterol total y triglicéridos, además de disminuir los niveles de HDL (lipoproteínas de alta densidad).

En relación con la incidencia de infarto agudo del miocardio, su consumo aumenta de forma consistente el riesgo de infarto, independientemente de que se encuentre en interacción o no con otros factores de riesgo. Asimismo, éste riesgo no se limita únicamente a la exposición directa del humo, sino que sus efectos perjudiciales también se reportan para los fumadores pasivos (Teo et al., 2006).

A pesar de que existen suficientes publicaciones que evidencian los efectos nocivos, que el hábito tabáquico tiene sobre la salud, y especialmente sobre la prevalencia de enfermedades crónicas, como la cardiopatía isquémica. Durante las últimas décadas, se ha reportado un aumento considerable en su consumo en los países de ingresos medios y bajos. Lo cual, podría encontrarse asociado a factores como el menor coste económico del

producto, así como, la poca o casi nula presencia de políticas de salud pública que se encarguen de su adecuada regulación y prevención (Brunicardi et al., 2010).

Debido a este aspecto, la implementación de programas preventivos y de tratamiento enfocados a la modificación de éste hábito, han resultado de un interés primordial. Específicamente, porque se ha documentado que el cese del hábito tabáquico reduce de forma inmediata el riesgo de incidentes coronarios, casi a la mitad (OMS, 2011). No obstante, lograr esto no deja de ser un reto, especialmente por las altas tasas de reincidencia que se suelen experimentar en su consumo (Longo et al., 2011).

Diabetes Mellitus

La diabetes es definida como una enfermedad crónica, que se caracteriza por una dificultad para producir insulina en cantidades suficientes, o para utilizarla de forma apropiada (Mellbin, Malmberg, Norhammar, Wedel & Rydén, 2011).

Según la Asociación Americana de Diabetes (2012), su diagnóstico se puede establecer por medio de una prueba de glucosa en el plasma en ayunas, o una prueba oral de tolerancia a la glucosa. En cualquier caso, su presencia se establece a partir de una concentración de glucosa en sangre mayor o igual a 126 mg/dl en ayunas.

En el caso concreto de la cardiopatía isquémica, la diabetes ha demostrado ser un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria, implicando un riesgo de dos a cuatro veces mayor de presentarla, así como, un aumento del 60% de presentar presión arterial alta (Longo et al., 2012).

Concretamente, la relación de la diabetes con las enfermedades coronarias, se puede establecer debido a que la hiperglucemia (acumulación de glucosa en la sangre) puede llegar a producir un efecto dañino sobre los vasos sanguíneos y las arterias coronarias, acelerando el proceso aterosclerótico (OMS, 2005).

Inactividad física

La injerencia de la inactividad física en la enfermedad cardiovascular ha sido ampliamente documentada a través de la investigación, tanto como factor de riesgo primario, así como, predictor determinante para la reincidencia de la misma (Prasad & Das, 2009). De esta forma, la actividad física se considera un factor cardioprotector, capaz de reducir la mortalidad y la aparición de eventos cardiovasculares, tanto en población sana como en población con enfermedad coronaria ya instaurada (Lee, 2010).

Los mecanismos por los cuales la actividad física ayuda a reducir la enfermedad coronaria, parecen encontrarse relacionados con la modificación de algunos factores de riesgo. Así por ejemplo, se conoce que el ejercicio físico mejora el perfil lipídico (reduce los niveles de lipoproteínas de baja densidad LDL y los triglicéridos, a la vez, que aumenta las lipoproteínas de alta densidad HDL) (Leung, Yung, Laher, Yao, Chen & Huang, 2008).

Asimismo, se ha comprobado que el ejercicio físico produce efectos beneficiosos que ayudan en el control de la glucemia, y la hipertensión, además de producir un mayor consumo de grasa corporal, controlando el sobrepeso y la obesidad (Prasad & Das, 2009).

Además, la actividad física presenta efectos antitrombóticos, que conducen a mejoras en la circulación sanguínea (Morel, 2008).

Aunado a lo anterior, la práctica del ejercicio físico ha evidenciado mejoras en aspectos de carácter psicológico, tales como, la calidad del sueño, los estados de ansiedad y la depresión (Boraita, 2008).

No obstante, a pesar de la importancia que la actividad física tiene tanto en la prevención de la enfermedad cardiovascular, se pone de manifiesto que en la mayoría de la población, su práctica no llega ni siquiera a alcanzar los niveles mínimos recomendados (OMS, 2011).

En el caso específico de Costa Rica, Morel (2008), menciona que en una encuesta domiciliar realizada por la firma UNIMER en el año 2006, se obtuvo que la mitad de la población costarricense no practicaba ningún tipo de deporte. A la vez, que se evidenciaban diferencias por género, siendo las mujeres más sedentarias en comparación con los hombres.

Un aspecto interesante encontrado en esta encuesta, es que la actividad física se encontró positivamente correlacionada con un mayor nivel educativo e ingreso económico.

Estos aspectos traen a colación el reconocimiento de que los factores de riesgo, no pueden tratar de comprenderse aislados del contexto socio-ambiental en que se desarrollan.

Sobrepeso y obesidad

La obesidad es definida como un índice de masa corporal (peso en kilogramos dividido por su estatura en metros) igual o superior a 30, mientras que un IMC igual o superior a 25, se considera como sobrepeso y en ambos casos, la característica principal consiste en la acumulación de grasa en el tejido adiposo, así como, en otros órganos (OMS, 2011).

La relación entre este factor de riesgo y la enfermedad coronaria, se debe especialmente a la concentración de tejido adiposo, especialmente, en la circunferencia abdominal. La cual, al parecer podría mediar el desarrollo de otros factores de riesgo, tales como, la hipertensión, la dislipidemia y la diabetes (Ahima, 2011). Así por ejemplo, se ha determinado que la obesidad representa el 60% de los casos de diabetes mellitus y el 40% de los casos de hipertensión (Fuster et al., 2012).

Actualmente, la obesidad y el sobrepeso se consideran una pandemia de carácter mundial. Durante el año 2008 la OMS estimó que aproximadamente 1.5 billones de

personas mayores 20 años, presentaban sobrepeso; mientras que, cerca de 200 millones de hombres y 300 millones de mujeres, se consideraban obesos.

Según Morel (2008), en la encuesta nacional realizada en el año 2004 por el Ministerio de Salud de Costa Rica sobre diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo en el Área Metropolitana. Se reportó que aproximadamente 60% de los entrevistados presentaban sobrepeso.

A este respecto, Padilla, Roselló, Guzmán y Araúz (2006), determinaron a través de un estudio, que una de las principales barreras que existe en la población costarricense para efectuar un adecuado control de la obesidad, lo constituye la negación del exceso de peso por parte de las personas, así como, el desconocimiento del riesgo que éste representa para la salud.

Hiperlipidemias

Se estima que a nivel mundial el colesterol elevado causa alrededor del 56% de cardiopatía isquémica y cerca del 18% de los accidentes cerebrovasculares (Longo et al., 2012).

El colesterol elevado se define como un colesterol total > 240 mg/dl o lipoproteína de baja densidad (LDL) > 160 mg/dl. Mientras que, por otro lado, el colesterol ideal se define como un colesterol total < 200 mg / dl o un LDL < 130 mg/dl y un colesterol HDL > 50 mg/dl (McPhee, Papadakis & Rabow, 2012).

La relación del colesterol con la cardiopatía isquémica se encuentra estrechamente relacionado con la instauración del proceso aterosclerótico, dando lugar a la acumulación de lípidos y crecimiento de la placa de ateroma, que posteriormente puede dar lugar a procesos como la trombosis, interrumpiendo el flujo sanguíneo (Brunicardi et al., 2010).

Asimismo, el colesterol se encuentra estrechamente relacionado con otros factores de riesgo, e inclusive se considera que un alto porcentaje del mismo, se debe precisamente a la presencia de factores de riesgo modificables como la obesidad y el sedentarismo. Lo cual, podría encontrarse determinado por una transición epidemiológica, que ha llevado cambios progresivos en los estilos de vida de la población (McPhee et al., 2012).

2.2.4. Factores de riesgo psicosocial

La relevancia de los factores psicológicos en la salud en general y especialmente en la salud coronaria, han sido objeto de amplios estudios a través de la literatura científica. De esta manera, aspectos como las conductas relacionadas con la salud, los estilos de afrontamiento, las emociones y las características personales han mostrado una especial relevancia en esta relación (Oblitas, 2008).

Entre los factores psicológicos que han evidenciado mayor relación con la prevalencia de alteraciones en la salud, se citan la emoción de la ira, así como, la ansiedad y la depresión, tanto cuando se manifiestan por medio de síntomas o de trastornos establecidos (Palmero, Díez, Diago, Moreno & Oblitas, 2007).

Dentro de este apartado se ofrece una descripción de estos factores, así como, de otros elementos de carácter psicosocial que también han evidenciado ser relevantes para el origen y desarrollo de la enfermedad coronaria.

Ira

De acuerdo con autores como Berkowitz y Harmon (2004), otorgar una definición precisa a la emoción de la ira, no es tarea fácil, ya que, a pesar de que esta es asumida como una emoción básica, ha sido objeto de diversas definiciones a través de la investigación psicológica.

En consecuencia, una de las aproximaciones teóricas que han conceptualizado la ira, fue la de Izard a inicios de la década de los noventa, quién la definió en términos de una “emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad” (Pérez & Redondo, 2008, p.3).

Entre las aproximaciones teóricas al estudio de la ira, desde la década de los ochenta Spielberger (1985, citado en Iacovella y Troglia, 2003) expuso que esta emoción puede ser estudiada a partir de dos manifestaciones: la ira como estado y la ira como rasgo. En el caso de la primera, la ira se presenta como una respuesta de carácter temporal ante los sucesos o situaciones que se presentan en la vida cotidiana. Mientras que, la ira como rasgo, tiene la característica de experimentarse de una forma más frecuente y/o intensa (Iacovella & Troglia, 2003).

En relación con lo anterior, Johnson en el año de 1990, determinó 3 modos básicos mediante los cuales, se pueden afrontar las situaciones evocadoras de ira. El primero de estos, lo constituyó la supresión de la ira (*Anger-In*). En este estilo la persona afronta la situación reprimiendo la expresión verbal o física, a pesar de experimentar una sensación intensa de enfado. El segundo estilo, se denominó expresión de la ira (*Anger-Out*), su característica principal es que la emoción se manifiesta mediante conductas airadas, verbales o físicas, hacia otras personas y/u objetos, pero sin intención de producir daño (Pérez et al., 2008).

Finalmente, se indica que es el tercer estilo, correspondiente al control de la ira (*Anger-Control*), es el que ha mostrado la alternativa más adecuada para reducir la probabilidad de riesgo de experimentar cardiopatías. Éste se caracteriza porque la persona intenta canalizar su energía emocional proyectándola hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto (Palmero et al., 2007).

De esta forma, una de las principales conclusiones que se delinearán en consideración de la ira como factor de riesgo, es que el riesgo de la misma no lo constituye tanto la emoción en sí misma, sino la forma por medio de la cual ésta se expresa.

En este sentido, es importante reconocer que la ira, no suele presentarse de forma aislada, sino que, por el contrario se ha encontrado relacionada con ciertas cogniciones particulares, estrechamente vinculadas con la hostilidad.

Hostilidad

La hostilidad puede describirse en términos de una actitud o estado cognitivo, de carácter negativo que se dirige hacia otras personas. Integrando creencias, expectativas y actitudes negativas, que se consideran presentan un carácter permanente a través del tiempo (Smith,1992).

Entre las principales creencias que se han determinado que constituyen la hostilidad, se han encontrado el cinismo, la desconfianza, las atribuciones hostiles, así como, los pensamientos acerca de que las demás personas son mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales (Barefoot et al., 1991).

Así, según éste autor, la hostilidad conlleva una desvalorización de los motivos y valores de las demás personas, así como, una expectativa de que estos son fuente de obras prejudiciales.

El papel de esta variable como factor de riesgo para la enfermedad cardiaca coronaria, ha sido objeto amplios estudios. Así por ejemplo, se señala que la hostilidad puede contribuir al riesgo de enfermedad coronaria, por varios mecanismos, entre los cuales, señala la asociación con estilos de vida poco saludables, así como, una serie de factores fisiológicos (presión sanguínea, reactividad cardiovascular y síndrome

metabólico), que inciden en el progreso de la aterosclerosis y otros procesos inflamatorios involucrados (Ohira, 2010).

Una hipótesis ampliamente aceptada indica que la hostilidad no actúa sobre la enfermedad de forma unánime, sino que ésta podría interactuar con otros factores de riesgo como bajo nivel socioeconómico, pobre apoyo social, fumado, dieta inadecuada y sedentarismo. Los cuales, podrían influir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, así como, el desarrollo y progreso de la aterosclerosis (Holt, Smith & Uchino, 2008; Miller, Freedland, Carney, Stetler & Banks, 2003; Raikonen, Matthews, Sutton & Kuller, 2004).

Complejo Ira-hostilidad-agresión

El estudio de la ira y la hostilidad como factores de riesgo coronario, ha permitido establecer entre ambas la existencia de una interacción continua, lo que ha dado lugar a la determinación del complejo ira-hostilidad-agresión. El cual, es entendido como un constructo compuesto por un componente cognitivo (hostilidad), un componente afectivo-emocional (ira) y un componente conductual (agresión), y que en su conjunto se consideran de gran importancia como factor de riesgo a nivel coronario (Barefoot et al., 1991).

En este sentido, Chida y Steptoe (2009), suponen que el complejo ira-hostilidad-agresión (IHA) favorece la enfermedad coronaria produciendo un aumento de la reactividad cardiovascular y neuroendocrina. Según este autor, este elemento ha sido apoyado por diversos estudios que indican que las personas hostiles responden a estresores psicosociales con mayores incrementos en variables cardiovasculares y neuroendocrinas.

La aproximación fisiológica que más atención ha recibido en el estudio de la hostilidad, la ira y la enfermedad coronaria, lo constituye el modelo de la reactividad cardiovascular. El cual, es definido “como un patrón de respuesta hemodinámica (presión

arterial y frecuencia cardíaca) individual ante un estresor” (Treiber, Kamarck & Schneiderman, 2003, p. 46).

De esta forma, se cree que ciertos estímulos cognitivos, especialmente relacionados con la hostilidad, podrían desembocar en una serie de alteraciones a nivel de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca, los cuales, podrían generar una excesiva activación del sistema nervioso simpático y desembocar en un posible daño a nivel del endotelio vascular (Sénder & Valdez, 2006).

A este respecto, se sugiere que el riesgo coronario, podría incrementar en la medida en que este patrón de alteración fisiológica, se configura como un patrón de respuesta estable y constante a lo largo del tiempo (Lovallo & Gerin, 2003). Es decir, entre más se generaliza una respuesta hostil ante los diversos estímulos del medio, más probabilidad se tiene de experimentar alteraciones a nivel coronario.

Depresión

La depresión es definida como “un estado psíquico en que la persona tiene vivencias de tristeza, desagrado, lentitud psíquica y motora. Tienen generalmente pocos deseos de alimentarse y baja autoestima, así como, ideas pesimistas e incluso suicidas” (Hernández et al., 2003, p. 33).

Suls y Bunde (2005), señalan que tanto el desorden depresivo como la presencia de sintomatología depresiva, constituyen factores de riesgo predictores de enfermedad coronaria, tanto en sujetos sanos como en sujetos con antecedentes coronarios.

Así por ejemplo, Martens, Smith y Denollet (2007), señalan que la presencia de depresión en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, conlleva un doble incremento en el riesgo de mortalidad. Estos hallazgos han sido confirmados por estudios (Frasure et al., 2000), que indican que aún después de un año del infarto de miocardio, las

personas con depresión, experimentaron una disminución en la calidad de vida, un mayor riesgo de mortalidad, así como, un aumento en gastos médicos de cerca del 41%.

En relación con ello, Trujillo, Almoguera, Román y Catalina (2006), indican que el grado de depresión evaluado durante el periodo de hospitalización, constituye un importante indicador de riesgo, por lo que al parecer es durante estas primeras fases cuando se presenta una mayor urgencia para evaluar este tipo de condiciones.

Asimismo, estos autores sugieren que un aspecto importante que suele moderar el efecto de la depresión sobre el riesgo de muerte cardíaca, lo constituye el apoyo social. De esta forma, la presencia de adecuadas redes de apoyo e interacciones sociales, constituye un factor protector, mejorando el nivel anímico (Martens et al., 2007).

En relación con los mecanismos que explican la incidencia de la depresión sobre la enfermedad coronaria, se sugieren ciertas vías fisiológicas que indican que la depresión puede reducir la variabilidad de la frecuencia cardíaca, produciendo incrementos excesivos en el tono simpático y deficiente control parasimpático, así como, descensos en la actividad vagal (Fernández et al., 2003).

En la misma línea, se han señalado otros aspectos que podrían constituirse factores de riesgo, tales como, las alteraciones en los procesos de coagulación, alteraciones en la actividad plaquetaria y trombosis (Trujillo et al., 2006).

Por otro lado, aunado a los mecanismos fisiológicos, se ha establecido que la depresión puede influir sobre la enfermedad coronaria, mediante ciertos mecanismos conductuales. Por ejemplo, Ahto, Isoaho y Puolijoki (2007), encontraron en un estudio longitudinal, tras doce años de seguimiento, que las personas que experimentaban con mayor frecuencia depresión, tendieron a presentar peores comportamientos relacionados con la salud, tales como, dificultades en la adherencia al tratamiento médico, mayor

consumo de psicotrópicos, e inclusive trastornos en el nivel de neurotransmisores que pueden afectar el funcionamiento cardíaco.

A nivel general, las investigaciones que documentan la relación entre depresión y enfermedad coronaria, reportan un crecimiento progresivo, determinándola como un factor de riesgo indiscutible, tanto para la incidencia de la misma, en poblaciones que no la presentan como en un empeoramiento de salud en quiénes ya presentan la cardiopatía.

Ansiedad

La ansiedad es definida como un sistema de alerta biológico, que tiene la función de preparar al cuerpo para reaccionar a las situaciones potencialmente peligrosas. Es decir, lo prepara para dar una respuesta mental y física a una situación de amenaza (Hoehn & McLeod, 2000).

La evidencia señala que tanto la diferente sintomatología relacionada con la ansiedad (por ejemplo, la preocupación, intranquilidad o dificultad para tomar decisiones). Así como, diferentes trastornos ansiosos establecidos, se encuentran relacionados con un incremento del riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, así como, con un peor pronóstico en los procesos de recuperación (Roy et al., 2008).

Autores como Vogelzangs, Seldenrijk, Beekman, Van Hout, Jonge y Penninx (2010), han determinado que la presencia de un trastorno de ansiedad, puede aumentar hasta tres veces la prevalencia de enfermedad cardiovascular durante el año siguiente. Lo cual, parece indicarse para un amplio rango de trastornos, como la fobia social, la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y agorafobia.

Así mismo, esta relación se ha podido observar para el trastorno de estrés posttraumático (TEP), mostrándose que una mayor prevalencia de síntomas por TEP, puede ocasionar un incremento de hasta tres veces del riesgo de experimentar incidentes cardíacos

(Kubzansky, Koenen, Jones & Eaton, 2009). A este respecto, se ha señalado que esta asociación puede verse moderada, de acuerdo con la gravedad e intensidad de los síntomas de ansiedad presentados.

En relación con las vías que explican la forma en que la ansiedad puede influir sobre la enfermedad cardiovascular. Una de las posibles explicaciones, señala que la ansiedad puede producir una excesiva activación del eje hipotalámico hipofisario adrenal y el sistema nervioso simpático, que a su vez, podría inducir la liberación de ciertas sustancias como las catecolaminas, que se han encontrado asociadas con daño en el endotelio vascular (Roy et al., 2008).

De igual modo, otra hipótesis relacionada indica que la ansiedad puede provocar un aumento en la reactividad cardiovascular, así como, una activación en el control autónomo cardiovascular (Roy et al., 2008).

Finalmente, no se puede obviar un posible efecto indirecto, relacionado con la influencia de conductas de riesgo, como el tabaquismo y el consumo excesivo del alcohol, las cuales, suelen presentarse con mucha frecuencia, en este tipo de condiciones (Ostir & Goodwin, 2006).

Carencia de apoyo social

El apoyo social es una variable, cuya incidencia como factor protector de las enfermedades coronarias ha sido ampliamente documentado. Así por ejemplo, autores como Lett et al. (2007), han encontrando asociaciones significativas entre niveles bajos de apoyo social e incremento de la mortalidad en personas infartadas.

Esta relación ha sido considerada por varios investigadores a través de dos dimensiones. La primera tiene que ver con la red de apoyo social, la cual, es definida como el tamaño, densidad y frecuencia de contacto que un individuo tiene con las personas que le

rodean (Lett et al., 2007). La segunda se corresponde con el apoyo funcional, que consiste en el soporte provisto por la estructura social, y consiste en la provisión de ayuda tangible para el desarrollo de tareas específicas.

De acuerdo con lo anterior, Fernández et al. (2003), mencionan el hallazgo de estudios prospectivos que han demostrado que las personas que se encuentran más aisladas socialmente, tienen mayor riesgo de muerte que las personas con mayor implicación social.

Con respecto al mecanismo de actuación del apoyo social sobre la enfermedad coronaria, Kamarck, Manuck y Jenings (2000), sugieren que el apoyo social puede operar a un nivel psicofisiológico, como un moderador del estrés y la reactividad cardiovascular, de forma que, el acceso al apoyo social puede fomentar la adaptación a situaciones estresantes.

Asimismo, se ha sugerido, que el apoyo social puede intervenir de forma indirecta a la salud cardiovascular, a través de una mayor implementación de conductas de autocuidado y hábitos cardíacos saludables (Case, Moss, Case, Mc Dermott & Eberly, 1992).

Estatus socioeconómico

El estatus socioeconómico comprende aspectos relacionados con la ocupación, los recursos económicos, la posición social y la educación de una persona (Krantz & McCeney, 2002).

Su relación con la enfermedad cardíaca coronaria se empezó a documentar desde hace varias décadas con los resultados del primer estudio de Whitehall (Fuster et al., 2011). El cual, logró determinar que los sujetos que se encontraban en los estratos ocupacionales más bajos del sector administrativo de Gran Bretaña, presentaban mayores tasas de mortalidad, tanto por enfermedad cardíaca coronaria, así como, por todas las causas de

mortalidad en general. Especificando con ello, la presencia de un gradiente socioeconómico en la salud coronaria (Nabi, Kivimaki, De Vogli, Michael, Marmot & Singh, 2008).

El estudio del gradiente socioeconómico ha podido determinar que la enfermedad coronaria se puede encontrar influenciada por cambios en los patrones de desigualdad social. A este respecto, la comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS indica que la propagación de esta condición de salud, puede variar de acuerdo con la etapa de desarrollo socioeconómico de un país determinado, así como, por la etapa de transición de enfermedades epidemiológicas a crónicas en que se encuentre (OMS, 2011).

De esta forma, aunque si bien es cierto durante las primeras etapas de esta transición, los sectores socioeconómicos de mayor ingreso son los que se suelen ver más afectados por la enfermedad, debido a que desarrollan con mayor rapidez patrones riesgo. Este sector, también es el primero en experimentar una disminución del riesgo, mientras que, conforme la etapa de transición avanza, los sectores de estatus socioeconómico más bajo tienden a aumentar su vulnerabilidad hacia la enfermedad (Fuster et al., 2011).

Al parecer, los mecanismos por los cuales se explica esta relación tienen que ver con la prevalencia de conductas de riesgo para la salud. Así por ejemplo, se han encontrado asociaciones que indican que un menor estatus socioeconómico se relaciona con un mayor índice de masa muscular, mayor ingesta de dieta rica en grasas, triglicéridos, sedentarismo y menores espacios dedicados al ocio y la recreación (Govil, Weidner, Merritt & Omish, 2009; Stringhini et al., 2010).

Asimismo, se ha determinado que los sectores con menor nivel educativo y ocupacional, tiende a presentar una mayor prevalencia de factores de riesgo psicosocial, tales como, depresión, hostilidad, estrés percibido, y menor índice de apoyo social (Franks, Winters, Tancredi & Fiscella, 2011).

Esta relación se prevé que podría encontrarse mediada por una mayor exposición que presentan estos sujetos, a ciertas condiciones socio-ambientales de privación y desventaja. Tales como, hacinamiento, criminalidad, contaminación, discriminación, así como, un menor acceso a los servicios de salud y cuidado médico (Krantz & McCeney, 2002).

Estos datos muestran una realidad preocupante, ya que, si bien es cierto, la enfermedad coronaria es considerada un problema de salud pública, que afecta a todo el mundo. Los datos obtenidos permiten entrever que es en los sectores más vulnerables y con menos oportunidades de desarrollo y atención de la misma, dónde se está concentrando su mayor carga.

Todo ello, es muestra de que el abordaje de esta condición requiere de estrategias que trasciendan una visión correctiva del asunto, centrada en la modificación de factores de riesgo, para ir al encuentro de los aspectos psicosociales e inclusive políticos que también atañen a esta condición. A continuación, en el siguiente apartado se describen algunos aspectos relacionados con las estrategias de afrontamiento.

2.3. Estrategias de afrontamiento

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento se puede concebir como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 164).

De acuerdo con la definición anterior, estos autores señalan tres características esenciales que pueden encontrarse en este concepto de afrontamiento. En primer lugar

indican que éste debe concebirse como un proceso constantemente cambiante, en lugar de un rasgo específico de la conducta.

En segundo lugar, el afrontamiento se limita hacia aquellas demandas que son evaluadas por el individuo como excedentes y desbordantes de los recursos con los que cuenta la persona. Y en tercer lugar, dentro de este concepto se incluye cualquier cosa que el individuo haga o piense, para manejar las demandas del medio (Lazarus & Folkman, 1984).

2.3.1. El afrontamiento como proceso

Según Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento no se concibe como una categoría estática, sino como un proceso cambiante, en el que el individuo en determinados momentos debe contar con estrategias defensivas, mientras que, en otros requiere de estrategias que le permitan resolver un problema. Esto sin embargo, se encuentra determinado en la medida en que la relación con el entorno se va modificando.

De esta forma, los cambios que surgen en la relación del sujeto con su entorno, generan una serie de reevaluaciones, mismas que a su vez influirán en el afrontamiento posterior que se lleva a cabo. Por esta razón, es que el afrontamiento se considera como un proceso dinámico susceptible de modificación y no como un elemento estático.

Dentro de este proceso, se reconocen ciertas funciones atribuibles al afrontamiento. A este respecto, se señalan tres funciones específicas, que van desde afrontar las demandas sociales y del entorno, generar un estado de motivación necesaria para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio para poder dirigir los recursos a hacia las demandas externas (Lazarus & Folkman, 1984).

2.3.2. Categorías de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984), han establecido que el afrontamiento puede dividirse en dos categorías fundamentales, el afrontamiento dirigido a la emoción, y el afrontamiento dirigido al problema. A continuación se realiza una descripción de cada una de estas categorías.

-Modos de afrontamiento dirigido a la emoción

Dentro de este grupo se incluyen aquellos procesos cognitivos encargados de disminuir el trastorno emocional (Lazarus & Folkman, 1984). Incluye estrategias tales como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

En este grupo, también se pueden incluir aquellos esfuerzos dirigidos a aumentar el grado del trastorno emocional. En estos casos se parte de la base de que ciertos individuos necesitan aumentar el grado de su malestar emocional para conducirse a sí mismo a la acción (Lazarus & Folkman, 1984).

No obstante, es importante señalar que ciertas formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden modificar la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente, por ejemplo, lo que sucede en el caso de la reevaluación. Sin embargo, otras formas de afrontamiento no cambian directamente el significado del acontecimiento.

- Modos de afrontamiento dirigidos al problema

Estas se dirigen a la búsqueda de la solución del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas y a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio (Lazarus & Folkman, 1984).

Desde esta perspectiva, Kahn en 1964 fue quién estableció que este tipo de afrontamiento puede dividirse en dos grupos; las que hacen referencia al entorno (dirigidas a modificar presiones ambientales) y las que hacen referencia al sujeto (tienen que ver con cambios a nivel motivacional o cognitivo, como el desarrollo de nuevas pautas de conducta o aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos) (Lazarus & Folkman, 1984). Así, ambos estilos de afrontamiento se encuentran mutuamente influidos, facilitando o impidiendo la aparición del otro.

A continuación se presenta un apartado dirigido a explicar cómo se relaciona el afrontamiento con la enfermedad coronaria.

2.3.3. Estrategias de afrontamiento y su relación con las enfermedades coronarias.

Uno de los modelos teóricos que han enfatizado el estudio de la enfermedad como un acontecimiento estresante es el desarrollado por Moos en el año de 1977, quién según Hernández et al. (2003) considera que la aparición de la enfermedad en la vida de una persona, supone una situación de crisis, un acontecimiento por definición estresante, que produce un impacto, una ruptura con el comportamiento y una situación de desequilibrio.

Desde este modelo, se analiza la enfermedad bajo la teoría del marco general de la crisis, desde la cual se considera que la enfermedad constituye una crisis que puede durar un período muy largo y conducir a cambios permanentes entre los pacientes y sus familiares. Asimismo, se enfatiza que la potencialidad amenazante de la enfermedad puede estar dada por factores como su forma de aparición, ya sea repentina o esperada, por la posibilidad de muerte que acarrea, la separación de los familiares, hospitalizaciones frecuentes, cambios permanentes en su imagen y función corporal, así como, en roles sociales y laborales (Hernández et al.,2003).

Desde esta perspectiva, se ha considerado que la enfermedad puede traer consigo una valencia negativa, pues puede constituir una experiencia de pérdida material o simbólica, y mayoría de las veces se le considera de carácter impredecible e incontrolable, pudiendo suscitar reacciones emocionales como ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, ira, entre otros (Laham, 2008).

En relación con lo anterior, también es frecuente encontrar que la preocupación excesiva acerca de la enfermedad, se encuentra correlacionada con una serie de síntomas a nivel somático, como la disnea, dolor torácico, fatiga, palpitaciones, etc. Estos síntomas por lo general suelen establecer una especie de feedback negativo, confirmando este tipo de cogniciones, que según parece, se encuentran más asociados con una percepción subjetiva de la enfermedad, que con la gravedad real de la misma (Gala, Lupiani, Guillén & Sanabria, 2001).

Partiendo de todo lo anterior, se ha encontrado que aspectos como el afrontamiento, pueden desempeñar un rol fundamental en torno al desarrollo de dichas reacciones. Pues como establecen Lazarus y Folkman (1984) cada persona reacciona de una forma particular ante las diversas situaciones de la vida. Por lo que, desde este enfoque se enfatiza que las diversas reacciones emocionales que puede experimentar una persona después de un infarto, son resultado de sus valoraciones y procesos de afrontamiento.

En relación con la eficacia adaptativa mostrada por las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad coronaria, se señala que son tres las variables que han reportado una mayor consistencia en la evidencia científica. Estos son: las estrategias de afrontamiento activas; el control personal y la expresión de la emoción versus inhibición. A continuación se realiza la descripción de cada uno de estos:

-Estrategias de afrontamiento activas

Dentro de las estrategias de afrontamiento activas, las categorías que han mostrado mayor estudio, en relación con la enfermedad cardiaca son las estrategias evitativas y las aproximativas.

En relación con las primeras, Rodríguez, Pastor y López (1993), indican que la utilidad adaptativa de las estrategias evitativas, radica en que éstas permiten disminuir el nivel de estrés experimentado, evitando que la ansiedad llegue a niveles inmanejables para la persona. Por otra parte, la ventaja que ofrecen las estrategias aproximativas, es que permiten que se lleve a cabo una acción adecuada para llevar a cabo los cambios necesarios en una situación, a fin de hacerla más controlable.

A este respecto, Hernández et al. (2003), señalan que los estilos de afrontamiento activos pueden facilitar la recuperación de las personas en procesos de rehabilitación y recuperación a largo plazo. No obstante, estas mismas cualidades pueden desfavorecer la salud, en tanto puede retrasar la búsqueda de tratamiento para los problemas médicos. Así por ejemplo, Rodríguez et al. (1993), mencionan que un estilo aproximativo ha sido asociado con un incremento del estrés en circunstancias en las cuales no hay posibilidad de cambiar la situación amenazante.

-Control personal

Los estudios relacionados con esta variable han sido dirigidos hacia la exploración de las diferencias, en torno a las personas que creen que pueden controlar los resultados en virtud de sus esfuerzos (locus de control interno) frente a personas que creen que el destino, la suerte o poderes externos, controlan sus resultados (locus de control externo) (Hernández et al., 2003).

De acuerdo con esto, se argumenta que los efectos del control personal para reducir el estrés, depende del significado que la respuesta de control tiene para la persona. Así, por ejemplo, si la persona intenta controlar procesos que son incontrolables es probable que se dé un incremento en la respuesta al estrés.

-Expresión versus inhibición emocional

Con respecto a esta última variable, Hernández et al. (2003), indican que la capacidad adaptativa de la misma, puede variar con el tipo de enfermedad y la medida de los resultados que se utilicen. Así por ejemplo, contrario a lo documentado para la enfermedad coronaria, una mayor expresión de hostilidad aunado a una menor inhibición y defensividad, parecen encontrarse asociadas con tasas más largas de supervivencia en personas con cáncer.

2.3.4. Afrontamiento en pareja y enfermedad coronaria

De acuerdo con Varela (2011), ante un proceso de enfermedad, el cónyuge o la pareja es el miembro de la familia que suele experimentar en mayor medida un impacto semejante al de la persona que experimentó el infarto, además de ser el ente encargado de brindar la mayoría del apoyo.

Teniendo en cuenta la relevancia que éste aspecto implica para la presente investigación. A continuación se realiza una reseña acerca de la relación del rol del afrontamiento de la pareja, en el contexto de la enfermedad coronaria.

2.3.4.1. Aproximaciones teóricas del afrontamiento en parejas

Dentro de este cuerpo de investigación interesado en el estudio del afrontamiento en pareja, se han desarrollado dos importantes líneas. La primera de ellas es desarrollada en primera instancia por Barbarin, Hughes y Chesler en el año de 1985, y posteriormente, es expandida por Revenson en 1994.

Esta aproximación enfatiza el estudio de las estrategias individuales de cada miembro de la pareja, y la forma en la cual las estrategias centradas en el problema y la emoción son congruentes o discrepantes entre ambos miembros de la misma (Ledermann, Bodenmann & Cina, 2007). Aunque desde esta concepción se asume que la forma de afrontamiento de cada pareja está relacionado con el afrontamiento de la otra. Aún así, se le considera como un fenómeno individual, de forma que su estudio y medición se realiza como variables independientes en ambos miembros de la pareja (Ledermann et al., 2007).

De acuerdo con esta aproximación, la congruencia o discrepancia de las estrategias de afrontamiento de cada miembro de la pareja individual, se han encontrado asociadas tanto con la satisfacción marital, como con el bienestar personal. Así, a mayor congruencia, mayor bienestar y satisfacción.

Por otra parte, la segunda aproximación teórica de este fenómeno, conceptualiza el afrontamiento como un fenómeno diádico, mediante el cual, cada miembro de la pareja atiende y responde a las señales de estrés del otro (Ledermann et al., 2007).

Dentro de esta línea, autores como Coyne y Smith (1991), diferencian dos formas distintas de afrontamiento: una de participación activa, en el cual, una de las partes trata de involucrar en mayor medida a la otra explorando sus emociones, con el fin de llevar a cabo acciones para solucionar un problema. Mientras que, la otra forma de afrontamiento, se dirige más hacia un rol protector, en el cual, se realizan esfuerzos dirigidos hacia el alivio emocional de la pareja.

Dentro de esta misma aproximación, han resultado ser representativos los trabajos realizados por Guy, Bodenmann y Kayser durante la década de los noventa. Los cuales desarrollaron sus investigaciones en torno al estrés y su afrontamiento en la pareja y específicamente, cómo éste puede influir en la calidad de la relación marital (Varela, 2011).

2.3.4.2. Afrontamiento en pareja y enfermedad

El hecho de que el estrés marital constituye un factor de riesgo para la salud mental y física de la pareja, ha mostrado un creciente interés, que ha permitido documentar su influencia significativa no sólo en la comunicación, sino también en la satisfacción marital, así como, en el desarrollo de relaciones cercanas (Pihet, Bodenmann, Cina, Widmer & Shantinath, 2007).

Dentro del modelo diádico de afrontamiento, se ha puesto de manifiesto que la forma en que las parejas hacen frente a los estímulos estresantes de su medio, juega un rol fundamental no sólo con respecto a la calidad de la relación marital que se experimenta, sino también en su funcionamiento marital en general (Ledermann et al., 2007).

En este sentido, Bodenmann, Meuwly y Kaser (2011), indican que esta concepción de afrontamiento diádico se ha venido integrando dentro del contexto de la investigación clínica de salud. Específicamente, dentro de este último campo se han realizado investigaciones en torno al cáncer, las enfermedades coronarias, el dolor de espalda y la artritis crónica.

En el caso del infarto de miocardio, estudios realizados (Coyne & Smith, 1994; Fiske, Coyne & Smith, 1991), han evidenciado la incidencia del afrontamiento de la pareja en aspectos relacionados con la salud de la persona, tales como, su autoeficacia percibida, así como, su ajuste al incidente coronario y su posterior recuperación tanto física como emocional.

No obstante, esta evidencia también puede encontrarse en un sentido contrario, ya que, se ha sugerido que ciertas conductas de la pareja como por ejemplo, un rol sobreprotector hacia la enfermedad del cónyuge, puede afectar negativamente la recuperación del mismo.

De esta forma, se considera que la insatisfacción y el distrés marital, conjugado con otros factores como escaso apoyo social, pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo y mortalidad de enfermedad coronaria, tan importante como los factores tradicionales (Martin et al., 2009).

2.3.5. Afrontamiento y apoyo social

Se consideran que el apoyo social es uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general y la enfermedad crónica en particular. Autores como Kamarck, Manuck y Jenings (2000), consideran que el apoyo social y los recursos personales pueden actuar como amortiguadores del estrés y del riesgo para la salud.

Así, Rodríguez, Pastor y López (1993), indican que el mecanismo por el que el apoyo social puede promover la adaptación, tiene que ver con la necesidad de aclaración o reafirmación de lo que está ocurriendo. De esta manera, la información o consejo de ciertas personas significativas para la persona, pueden influir directamente sobre la evaluación que éste hace de la situación estresante y finalmente, sobre el tipo de estrategias que utilizará (Rodríguez et al., 1993).

No obstante, también se ha documentado el efecto adverso de estos procesos, de forma que, en ciertas ocasiones la red social de la persona también puede actuar entorpeciendo o afectando las estrategias de afrontamiento presentes.

En relación con lo anterior, Vega y González (2009), plantean que la relación del apoyo social y la salud, se puede explicar a través de dos líneas teóricas. La primera de estas plantea la hipótesis de que el efecto del apoyo social sobre la salud es independiente del grado de estrés que la persona experimente, ya que, el apoyo social es capaz de proporcionar de forma independiente bienestar, autoestima y salud.

Por otro lado, la segunda hipótesis plantea que el apoyo social funciona como protector o amortiguador del distrés o efectos negativos generados por eventos estresantes.

En relación con esta variable, se ha indicado que el apoyo social muestra importantes diferencias en cuanto a género se refiere. Así, se ha encontrado que el apoyo social suele provenir desproporcionadamente de mujeres, sin importar el género de los receptores (Varela, 2011). Esto al parecer se encuentra relacionado con los roles de género tradicionales que otorgan a la mujer un papel de cuidadora primaria.

Este aspecto en particular, deriva consecuencias con respecto a la experimentación del apoyo social recibido, pues, debido a los mayores niveles de estrés que experimentan, al tener la expectativa de aminorar el estrés de otros miembros de la familia. Se ha encontrado que las mujeres suelen beneficiarse en menor medida del apoyo social recibido por parte de su red (Varela, 2011).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es claro que en la condición coronaria convergen diversos factores no sólo médicos o psicológicos, sino, también sociales, políticos y económicos. Los cuales, enfatizan la importancia de una aproximación integral al estudio y comprensión de la misma. Por esta razón, es que en el siguiente apartado se realiza una breve descripción acerca de la concepción de salud, la cual se enmarca desde una perspectiva biopsicosocial, que incorpora todos estos elementos.

2.4. Concepto de Salud

El concepto de salud constituye un constructo de difícil definición, que hasta la fecha no ha encontrado un claro consenso en los estudiosos del tema. A través de la literatura se han gestado diversos enfoques que han tratado de abordarlo desde perspectivas particulares.

Actualmente, uno de los conceptos que ha representado mayor relevancia en torno a dicha definición, lo constituye el otorgado por la OMS en 1946. Cuya importancia ha radicado en la trascendencia del paradigma que equiparaba la salud como ausencia de enfermedad, para dirigirse a la misma como un estado de bienestar no sólo físico, sino también emocional y social (Vargas, 2010).

No obstante, a pesar de la relevancia que éste concepto ha representado, ha gestado también diversos interrogantes y críticas que han cuestionado nociones relacionadas con la verdadera posibilidad de alcanzar un estado de completo de bienestar físico, emocional o social, o inclusive, la determinación de si este concepto de bienestar, se puede considerar de forma unánime para todos los individuos de todas las sociedades.

Pues bien se conoce que existen variables de carácter cultural, socio-económico y político, que confieren un carácter particular a la noción de bienestar experimentado en cada sociedad (Oblitas, 2008).

De esta manera, si bien es cierto, este enfoque de salud confiere un gran avance en su abordaje, en el mismo sentido representa también limitaciones que han intentado ser abordadas desde otras perspectivas. Uno de los modelos que ha tratado de abordar estas limitaciones lo constituye el modelo biopsicosocial.

Este modelo fue propuesto por Engel (1977), y su propuesta enfatizó principalmente una dimensión integradora y sistémica de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo (Juárez, 2011). Desde esta perspectiva teórica, el concepto de salud se conceptualiza a través de la trascendencia de la visión reduccionista ofrecida por el modelo biomédico tradicional, para concebir una mayor importancia a los factores psicosociales implicados sobre la salud.

En el caso concreto de las enfermedades coronarias, este modelo ha permitido realizar grandes avances en torno a la comprensión de su etiología, presentación y evolución. De esta forma, desde el modelo biopsicosocial, la enfermedad coronaria se explica a través de la interacción de variables micro y macro sociales, que consideran aspectos de la persona en relación con su historia individual y familiar, así como, contexto socio-ambiental (Suls & Martin, 2011).

Desde esta perspectiva, sin dejar de lado los aspectos biológicos implicados, se considera que la salud puede ser influida por una serie de factores de carácter psicosocial, tales como, nuestras conductas, creencias, valores, tradiciones, experiencias familiares, laborales, e incluso recreativas (Figueroa, Domínguez, Ramos & Alcover, 2009).

La consideración de estos aspectos, es crucial en la medida en que reconoce que las conductas de salud, se desarrollan en consonancia con un ambiente y contexto social determinado, influenciado por la interacción de determinantes de carácter cultural, político y económico (Vargas, 2010).

La salud constituye entonces un concepto multidimensional e integral, imprescindible para la calidad de vida. De esta forma, cualquier variación en el estado de salud de un organismo, puede devenir en una serie de alteraciones en su nivel de calidad de vida experimentado, especialmente cuando estas alteraciones son causadas por enfermedades de carácter multifactorial como lo es la enfermedad coronaria. Este aspecto se desarrolla con mayor precisión en el siguiente apartado.

2.5. Definición de calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha venido adquiriendo un creciente desarrollo durante los últimos años, debido a la trascendencia que ha tenido en torno a diversas disciplinas tales como la política, la economía, la sociología, la medicina, la psicología (Díaz, 2005). Este aspecto, ha contribuido en cierta forma a una pluralidad de enfoques de estudio, que han dificultado el desarrollo de un cuerpo teórico estructurado que permita un concepto homogéneo.

Es por esta razón que autores como Ardila (2003), reflexionando en torno a una noción integradora de este concepto, han propuesto que la calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, teniendo en cuenta que es un concepto susceptible de cambiar con la cultura, la época y los grupos sociales.

Aunado a esto, también se reconoce que éste concepto es un tema de reciente aparición, cuyo estudio empieza a surgir en la literatura científica a partir de la década de los años 70, teniendo un mayor desarrollo en los 80. No obstante, ciertas nociones contenidas en este concepto tales como, salud, felicidad y bienestar, han sido de interés desde hace muchas décadas atrás (Díaz, 2002).

De esta forma, este concepto ha venido ampliándose paulatinamente, recibiendo la influencia de la evolución histórica de la sociedad. Así por ejemplo, Hernández et al. (2003), señalan como en sus inicios éste se encontró muy relacionado con nociones como el cuidado de la salud personal e higiene pública, y posteriormente, fue incorporando nociones relacionadas con la aparición de las primeras legislaciones de regulación laboral y derechos humanos, ocurridas a principios del siglo XIX.

Ulteriormente, trascendió al campo del reconocimiento del bienestar material y económico. Aspecto, este último que ha generado varias críticas por parte de autores como

Díaz (2005), que considera que los indicadores económicos y materiales, no constituyen elementos determinantes de la calidad de vida.

Finalmente, las últimas tendencias se han enfocado en reconocer la importancia de la experiencia subjetiva del sujeto, así como, los determinantes objetivos de la misma Schwartzmann (2003).

De acuerdo con todo lo anterior, es claro que el concepto de calidad de vida constituye un concepto extenso, de carácter multidisciplinar, en torno al cual aún no se ha podido establecer un consenso en su definición.

Así por ejemplo, autores como Cecilia & Tulsy (1990), la definen en términos del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo. Mientras que, por ejemplo, Guell y Morante (2007), señalan que la calidad de vida es un macroconcepto subjetivo y multifactorial, que se encuentra influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional, y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales.

Estos últimos aspectos, también se pueden ver reflejados en la definición otorgada por la organización mundial de la salud, que establece la calidad de vida como:

La percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura, y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (OMS, 1995, p. 1).

Teniendo en cuenta, las dificultades para lograr un consenso a nivel conceptual acerca de la definición del término, es importante reconocer la existencia de acuerdos logrados a partir de varios investigadores en torno al concepto y a la medición del mismo. Uno de los más sobresalientes son los planteados por el grupo WHO-QOL de la

organización mundial de la salud. Mismos que han sugerido que la calidad de vida se encuentra definida a partir de ciertas características básicas: a) es subjetiva, b) es multidimensional y c) incluye tanto funcionamientos positivos como negativos.

En relación con esto, dicho grupo propone que la calidad de vida debe incluir seis dimensiones, compuestos por diversos subdominios a evaluar: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente, espiritualidad, religión y creencias personales (Urzúa, 2010).

De esta forma señalan que en la definición de esta variable se incluye una valoración subjetiva realizada por la propia persona, con respecto a su estado de salud. Por esta razón, ésta se va a encontrar determinada no sólo por los efectos que la enfermedad produce en la actividad habitual, sino que también, se encuentra influida por las experiencias pasadas y expectativas futuras (Oldridge, Guyatt & Jones, 1991).

De acuerdo con esto, actualmente existe consenso en que la definición de calidad de vida debe incluir tanto elementos subjetivos (siendo los más representativos de esta noción el bienestar y la satisfacción) y objetivos (que están conformados por los factores que influyen la percepción sobre la calidad de vida, por ejemplo, el apoyo social, la presencia o no de síntomas, la funcionalidad física, entre otros) (Fernández & Rojo, 2005). Es decir, desde este enfoque, la calidad de vida constituye una valoración subjetiva, inmersa en un contexto sociocultural determinado.

2.5.1. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

El término calidad de vida y calidad de vida relacionado con la salud, usualmente ha sido utilizado de manera indistinta en el estudio de dichas nociones. No obstante, tal y como señalan Castillo, Arocha, Castillo, Cueto y Armas (2008), esta apreciación constituye

un grave error puesto que, la calidad de vida se concibe como un concepto más amplio e integrador que en su estudio incluye la calidad de vida relacionada con la salud.

Schwartzmann (2003), propone que la calidad de vida relacionada con la salud se puede definir en términos del impacto que una enfermedad y su respectivo tratamiento, tienen sobre la percepción de la persona de su bienestar. Aspecto que según esta autora, constituye un aporte novedoso en la medida en que se considera que la percepción que tiene la persona acerca de su calidad de vida, es un factor necesario de someter a evaluación en los resultados en salud.

Para Schwartzmann (2003), la relevancia de este concepto radica precisamente en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar, depende en gran medida de aspectos como sus valores, creencias, historia personal, así como, el contexto y la cultura en que se desenvuelve.

De acuerdo con ello, el término calidad de vida relacionado con la salud, ha sido objeto de varias definiciones y aproximaciones teóricas, aspecto que igualmente constituye una difícil tarea de determinar una única aproximación. Un ejemplo de ello, lo presenta Urzúa (2010), quien realiza un compendio de algunas de las definiciones encontradas en la literatura acerca de este concepto.

Tabla 1. Propuestas de definiciones en calidad de vida relacionadas con la salud. Tomado de (Urzúa, 2010).

Autor(es)	Definición
Echteld, van Elderen, van der Kamp	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos.
Awad	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo

	psicosocial.
Burke	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.
Schipper	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia.
Bowling	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima.
Shumaker & Naughton	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas

A este respecto, es importante considerar entonces, tal y como indica Schwartzmann (2003), que la calidad de vida relacionada con la salud, a diferencia del concepto de calidad de vida general, se utiliza cuando se desea evaluar la percepción de una persona sobre su propia salud, teniendo en cuenta el valor del tiempo de su vida asociado a limitaciones de carácter físico, social y psicológico. En otras palabras se centra en el impacto que tiene la enfermedad en la vida de una persona.

2.5.2. Medición de la Calidad de vida en la cardiopatía isquémica

Las enfermedades crónicas, entre ellas, las cardiopatías isquémicas, ocupan uno de los primeros lugares de morbi-mortalidad a nivel mundial, implicando una inmensa carga económica y social para los sistemas de sanitarios (OMS, 2005).

Todo ello, ha llevado a la necesidad de pensar no sólo formas para que las personas puedan lidiar o tratar su enfermedad, sino que, por el contrario a pesar de su padecimiento, puedan disfrutar de un mayor bienestar y satisfacción en su vida. En este sentido, se podría argumentar que actualmente el tratamiento dirigido hacia las enfermedades crónicas más que centrarse en la atenuación o eliminación de los síntomas, debe dirigirse a mejorar el bienestar de las personas (Vinaccia et al., 2007).

Desde esta perspectiva, Hernández et al. (2003), argumentan que la evaluación de la calidad de vida de la persona que presenta condiciones crónicas, requiere la consideración de ésta como ente activo, en constante interacción con su historia personal y social. Así, es claro que la calidad de vida en el padecimiento coronario, además de estar influido por aspectos relacionados directamente con su función cardiovascular, también se encuentra determinado por los factores psicológicos, sociales, culturales y económicos que le rodean.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es importante considerar también, el por qué de la importancia de evaluar la calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas.

A este respecto, Schwartzmann (2003), sostiene que es posible encontrar una afectación de la persona que padece una enfermedad crónica inclusive desde la fase inicial de la misma, la cual se caracteriza por un periodo de crisis, donde impera un desequilibrio físico, social y psicológico, y donde también es posible encontrar sentimientos de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001).

Por otra parte, la fase crónica de la enfermedad implica la realización de una serie de ajustes en aspectos relacionados con el funcionamiento no sólo físico, sino con el social, laboral, psicológico e inclusive sexual, mismos que usualmente suelen ser de carácter permanente.

Y es que de acuerdo con Hernández et al. (2003), además de los problemas y consecuencias que se pueden generar a partir de la enfermedad misma, es imprescindible tomar en cuenta una serie de alteraciones relacionadas con determinadas habilidades funcionales, las cuales pueden afectar el desempeño laboral, las relaciones interpersonales y familiares, los problemas de autoimagen, autoestima, económicos.

De esta forma, en consideración con todos estos aspectos de carácter psicosocial que se pueden entrever en las enfermedades coronarias como el infarto de miocardio, es que hace imprescindible llevar a cabo mediciones de la calidad de vida en este tipo de poblaciones y en las redes de apoyo que se circunscriben a la persona con la enfermedad. Las cuales, como se abordó en apartados anteriores, también experimentan muchas de las consecuencias y malestares psicológicos, producto de la incidencia de la enfermedad.

En este sentido, la utilización de medidas que también incluyan valoraciones subjetivas de la salud de las personas que presentan una condición crónica de salud y de sus familiares, en este caso, los cónyuges, constituyen una forma de validar el abordaje integral de la enfermedad coronaria. Todo ello, derivando en un mejor conocimiento de los posibles factores que influyen en el estado de salud de la persona con dicha condición.

Finalmente, en el siguiente apartado se ofrece una breve descripción de la definición del modelo cognitivo conductual emocional, mismo que se ofrece como referencia teórica de la investigación.

2.6. Modelo cognitivo Conductual Emocional

Kazdin (1978) en un estudio sobre la historia de la modificación de conducta ofrece la siguiente definición de la modificación de conducta:

La modificación de conducta podría definirse como la aplicación de la teoría y la investigación básica procedentes de la psicología experimental a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como

social y de mejorar el funcionamiento humano en general (Kazdin, 1978, citado en Feixas y Miró, 1993, p. 179).

En relación con lo anterior, Berstein y Nietzel (1980, citados en Feixas y Miró (1993) indican que dentro del modelo de la modificación de conducta es posible identificar algunos rasgos o características esenciales los cuales son:

- Se considera a la conducta principalmente, producto del aprendizaje.
- Se concede menor importancia a los factores innatos o hereditarios en la adquisición de la conducta aunque se acepta la influencia posible de factores genéticos o constitucionales.
- Se sitúa el objeto de estudio (o cambio) en la conducta, entendida como actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico.
- Se concede especial relevancia al método experimental, como instrumento imprescindible en la predicción y control de la conducta.
- Se considera necesaria la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o de tratamiento.
- La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas.

Aunado a lo anterior, Labrador (2008), agrega que desde éste modelo no tiene valor la asignación de conductas a categorías nosológicas para determinar diagnósticos, pues se considera ante todo el objetivo del tratamiento debe estar en relación de la modificación de las relaciones de la conducta con su entorno.

Por esta razón, tanto el tratamiento como la evaluación de una conducta determinada deben de encontrarse adaptados de acuerdo con cada caso y cada persona, así como, al contexto concreto en que se aplican, ya sea a nivel individual, grupal o comunitario. Así mismo, se considera un enfoque centrado en el aquí y en el ahora, es decir, en las conductas actuales y en los determinantes de sus orígenes (Labrador, 2008).

Desde la perspectiva de este modelo también se considera que el factor contextual y la historia son aspectos críticos en la comprensión de la conducta, por lo que es imprescindible visualizar a la persona desde un enfoque integrador que incluya los aspectos históricos, es decir, como ha evolucionado la conducta a través del tiempo tanto en su perspectiva individual, familiar, comunitaria, social y cultural (Coon, 2005). Aspectos que en concordancia con autores como Hernández et al. (2003) constituyen un rol fundamental en el origen y mantenimiento de la cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares.

Autores como Oblitas (2010) enfatizan la importancia que presenta el modelo cognitivo conductual emocional en el tratamiento psicológico de la cardiopatía isquémica a través de la modificación de conductas que tradicionalmente han constituido factores de riesgo coronario, así como, la promoción de hábitos de vida saludables en general.

CAPÍTULO II

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Con el fin de justificar la pertinencia que el siguiente problema de investigación cobra tanto en el ámbito nacional como para la disciplina psicológica; se han formulado los siguientes aspectos:

-De acuerdo con los principales indicadores de salud de nuestro país, la cardiopatía isquémica ha venido creciendo en los últimos años, representando el infarto de miocardio un porcentaje notable del total de defunciones registradas por esta causa. Aspectos que impactan directamente el desarrollo socioeconómico del país; el cual, debe destinar grandes cantidades de recursos a las medidas paliativas que permitan hacer frente a la enfermedad.

-A pesar de los esfuerzos realizados por diversas disciplinas para aportar sobre el conocimiento de las variables y factores que explican el origen, comportamiento e incidencia de la enfermedad. Es notable la presencia de varios vacíos en su abordaje, mismos que de alguna manera imposibilitan llevar a cabo acercamientos más integrales del fenómeno, que como tal, se presenta de carácter multifactorial.

-En lo que respecta al infarto de miocardio, éste suele generar en la persona que lo experimenta y en su pareja, notables alteraciones a nivel de su bienestar físico, emocional e interpersonal. Las cuales inciden directamente en la calidad del ajuste psicosocial experimentado.

-En relación con lo anterior, diversas líneas de investigación reportan la incidencia que variables como las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la enfermedad,

tienen tanto para la persona con infarto como para su pareja, con respecto al proceso de recuperación y ajuste experimentado posterior al evento coronario.

-Asimismo, partiendo de la concepción de que la pareja suele constituir una fuente de apoyo primordial y que además, suele presentar un gran involucramiento en la experiencia de la enfermedad de su cónyuge. Se hace necesario tener en cuenta las diferentes reacciones y formas de afrontamientos que ésta también desarrolla ante el infarto.

De conformidad con todo lo anterior, se ha formulado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel en la calidad de vida, presente en las personas con infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas?

OBJETIVOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida presente en las personas con infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas.

Objetivos Específicos

1. Identificar las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, utilizadas por las personas con infarto de miocardio, así como, las presentadas por sus parejas, de acuerdo con el inventario Cope abreviado.
2. Describir el nivel de calidad de vida presentado por las personas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) y sus parejas mediante el cuestionario SF-36.
3. Indicar el tipo de correlación estadística entre las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad utilizadas por personas con diagnóstico de (IAM) y sus parejas, de acuerdo con el inventario Cope abreviado y el nivel de calidad de vida evidenciado en el cuestionario SF-36

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación constituyó un estudio de tipo correlacional, pues se intentó realizar una caracterización de cómo se relacionan las variables (calidad de vida y estrategias de afrontamiento) en estudio, en un grupo de personas con enfermedad cardíaca coronaria y sus parejas. Su diseño fue transversal no experimental, pues los datos se recolectaron en un solo momento del tiempo y no se realizó la manipulación de variables independientes (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

2. PARTICIPANTES

2.1. Población

La población seleccionada para el presente estudio se encontró conformada por 1278 sujetos del gran área metropolitana (GAM), que presentaban al menos un episodio de infarto agudo del miocardio, ocurrido entre el periodo del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2010. Esta población se seleccionó a partir de los datos reportados por egresos hospitalarios en 6 hospitales del GAM con mayor número de casos reportados.

2.2. Muestra

Para esta población se calculó de acuerdo con el programa estadístico G power (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) una muestra total de 84 sujetos (42 sujetos infartados más sus respectivas parejas). La cual, se determinó fijando una probabilidad de error de 0.05, con un tamaño del efecto de 0.8 y un poder estadístico de 0.95.

La muestra utilizada para el presente estudio fue de carácter no probabilística por conveniencia, pues la elección de los sujetos no se realizó tomando en cuenta la representatividad de los elementos de la población, sino de que se cumpliera con ciertos criterios de inclusión establecidos para el estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes: (a) personas de ambos sexos, (b) con edades comprendidas entre los 35 y 80 años (según los datos epidemiológicos la mayor cantidad de infartos ocurren en el periodo comprendido en estos años), (c) que presenten únicamente diagnóstico de infarto agudo del miocardio, (d) con 1 a 6 meses de haber presentado el infarto de miocardio y (e) que se encuentran en una relación de pareja formal (casadas o en unión libre) tanto en el momento del infarto, como después del mismo.

Con respecto a los criterios de exclusión, se consideraron los siguientes: (a) presencia de procedimientos quirúrgicos durante los últimos 6 meses, (b) presencia de algún tipo de enfermedad física o mental, que les impida responder en forma efectiva los instrumentos de evaluación (c) u otra enfermedad de naturaleza cardiovascular (por ejemplo, insuficiencia cardíaca, angina).

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LLEVAR A CABO LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La recopilación de la información para realizar el siguiente estudio, se obtuvo a partir de la aplicación de tres instrumentos, a ambos miembros de la pareja. El primero de ellos, consistió en un cuestionario de datos sociodemográficos y médicos. Seguido del cuestionario SF-36 para la medición de la calidad de vida, y el inventario Cope en su versión breve para indagar acerca de las estrategias de afrontamiento. A continuación se realiza una breve descripción de cada uno de ellos.

3.1. Cuestionario de salud SF-36

El cuestionario de salud SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados y evaluados para medir la calidad de vida relacionada con la salud, en distintas enfermedades, incluyendo las cardiovasculares. Éste fue desarrollado a principios de la década de los 90 en Estados Unidos para su uso en el estudio de los resultados médicos MOS (Medical Outcomes Study, MOS) (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina, 1999).

Constituye un cuestionario de tipo genérico, es decir, es aplicable tanto a la evaluación de la población general como a pacientes con enfermedades específicas. Para efectos de éste estudio, se utilizó la versión autorizada del SF-36 para su uso en México. Esto debido a que es la versión más cercana al contexto nacional y que cuenta con estudios que certifican sus propiedades psicométricas.

En relación con lo anterior Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina (1999), realizaron un estudio con población Mexicana con el fin de analizar las propiedades psicométricas de la escala. Con respecto a las medidas de consistencia interna, todas las escalas a excepción de la escala de rol emocional (con un alfa de Cronbach de .56), reportaron coeficientes de Cronbach con rangos entre los .70 y .84. Por otra parte, en lo que respecta a su validez convergente, el cuestionario mostró una puntuación de .40 (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina, 1999).

El cuestionario SF-36 está compuesto por 36 ítems distribuidos en 8 escalas, que valoran estados de salud tanto positivos como negativos y se encuentran distribuidas en un rango que va de 0 a 100 puntos, de forma que a mayor puntuación, mejor estado de salud presentado. Estas escalas son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El procedimiento para llevar a cabo la puntuación del instrumento, consiste en codificar (10 ítems: 1, 20, 34, 36, 21, 22, 23,26, 27 y 30, deben recodificarse de forma que todos se ubiquen en la misma dirección, a mayor puntuación mejor estado de salud), agregar y transformar los ítems respectivos a cada una de las escalas de calidad de vida.

Seguidamente, cada escala debe transformarse en un rango de 0 a 100 (Mc Dowell, 2006). La fórmula, propuesta por Ware (2000), para realizar esta transformación de las escalas es la siguiente:

$$\left\{ \frac{\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible}}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right\} \times 100$$

Seguidamente, se debe realizar el cálculo de los dos componentes globales o índices sumarios de salud física y mental. Esto se realiza siguiendo el procedimiento especificado por los autores que consiste en estandarizar las 8 subescalas usando las medias y desviaciones estándares mostradas en la tabla 2 (transformación Z de los resultados).

Tabla 2. Valores de puntuaciones para realizar la transformación a la escala de 0 a 100 en el instrumento SF-36 (Mc Dowell, 2006).

Escala	Frecuencia Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles		Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
	Mín	Máx	
Función física	10	30	20
Desempeño físico	4	8	4
Dolor Corporal	2	12	10
Salud General	5	25	20
Vitalidad	4	24	20
Función Social	2	10	8
Desempeño emocional	3	6	3
Salud Mental	5	30	25

Para ello, el promedio obtenido para cada subescala de la muestra, es restado y dividido respectivamente, al promedio y desviación estándar propuesto por los autores (ver Tabla 3).

Tabla 3. Promedio de las subescalas, desviaciones estándar y puntajes de los coeficientes para cada componente (Ware, 2000).

Subescala	Promedio	Desviación Estándar	CSF coeficientes	CSM coeficientes
Función física	84.52404	22.89490	0.42402	-0.22999
Rol físico	81.19907	33.79729	0.35119	-0.12329
Dolor corporal	75.49196	23.55879	0.31754	-0.09731
Salud general	72.21316	20.16964	0.24954	-0.01571
Vitalidad	61.05453	20.86942	0.02877	0.23534
Función social	83.59753	22.37642	-0.00753	0.26876
Rol emocional	81.29467	33.02717	-0.19206	0.43407
Salud mental	74.84212	18.01189	-0.22069	0.48581

Posteriormente, los resultados agregados de cada componente CSF y CSM se calculan usando los coeficientes de factores de ambas medidas resumen. Para esto, los resultados obtenidos para cada subescala a partir de la estandarización, son multiplicados por su respectivo coeficiente para el componente de CSF y CSM.

Seguidamente, se realiza la suma de las 8 subescalas para cada uno de los componentes y finalmente, los resultados agregados para cada componente son estandarizados usando una transformación lineal que considera una media de 50 y una desviación estándar de 10 (Ware, 2000).

3.2. Inventario de estrategias de afrontamiento “COPE versión abreviada”

Para la evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la enfermedad, se utilizará la escala desarrollada por Carver y Sheier (1989), en su versión abreviada “Inventario Cope versión breve” en 1997.

Esta escala se utilizó en su versión abreviada debido a la existencia de antecedentes nacionales (Barguil, 2003), que respaldan la pertinencia de la misma para población costarricense que presenta condiciones crónicas de salud (sus propiedades psicométricas se exponen más adelante).

Además, la versión abreviada posibilita que los sujetos no pierdan el interés en la prueba. Especialmente, porque, se tiene en consideración la existencia de dos cuestionarios más, así como, el hecho de una de las posibles secuelas tras un evento coronario, como un infarto, son posibles dificultades de concentración y atención.

En relación con la conformación de la escala, ésta se encuentra constituida por 24 ítems e incluye respuestas tanto adaptativas y funcionales (por ejemplo; afrontamiento proactivo, uso de apoyo social, aceptación), así como, desadaptativas (uso de drogas). La escala cuenta con una versión redactada en español por Perczek, Carver, Price y Pozo (2000). Para ello, utilizaron muestras con sujetos originarios de Cuba, Colombia, Perú, México y otros países de América Latina. Con respecto a las propiedades psicométricas de la escala se señala que el coeficiente alfa de cronbach para las distintas subescalas fluctuó entre .73 y .93 (Perczek, Carver, Price & Pozo, 2000).

Esta escala fue validada por Barguil (2003), para realizar su utilización en población costarricense. Para ello, Barguil (2003), realizó la aplicación a una muestra de estudiantes universitarios costarricenses. A partir de los resultados obtenidos, se realizaron los ajustes necesarios con el fin de utilizarla con población que presentaba diagnóstico de cáncer

gástrico, indicándose, entonces que la escala presenta medidas confiables y validas para utilizarla con población nacional.

Los principales resultados obtenidos en la validación de esta escala, consistieron en eliminar todas aquellas formas de afrontamiento que presentaron índices de confiabilidad menores a .70. Además, al final del proceso se optó por mantener la clasificación de las estrategias de afrontamiento de acuerdo con la estructura original, planteada por los autores (Carver & Sheier, 1989).

Por esta razón, la escala final, únicamente estuvo conformada por 6 factores que cumplieron con la confiabilidad deseada para el estudio. Estos factores fueron: afrontamiento activo ($\alpha=.84$), negación ($\alpha=.82$), catarsis ($\alpha=.73$), reencuadre positivo ($\alpha=.80$), humor ($\alpha=.80$) y religión ($\alpha=.70$). La escala total resultante de la validación mostró un alfa de Cronbach de .70, (Barguil, 2003).

3.3. Procedimiento efectuado para la adaptación de lenguaje de los test SF-36 y el inventario de afrontamiento Cope en su versión breve.

Para la realización del presente estudio, se utilizaron dos instrumentos de medición para las variables implicadas. Ambos instrumentos fueron diseñados en el idioma inglés, no obstante, se utilizaron las versiones en idioma español, adaptada para población mexicana (SF-36) y latinoamericana (Cope versión breve).

Tomando en consideración que únicamente el inventario Cope se encontraba validado para su utilización en el país y que los objetivos de la presente investigación no están en función de la estandarización de los instrumentos. Para la utilización de éstos instrumentos en población Costarricense, se realizó una adaptación de lenguaje con el

objetivo de adecuar el contenido gramatical de ambos cuestionarios a la realidad contextual de los y las participantes.

La adaptación de lenguaje en ambas pruebas, se llevó a cabo en tres fases diferentes. Seguidamente, se realiza una descripción de cada una de estas fases, así como, de los principales resultados obtenidos en cada una. Finalmente, se desarrollan las conclusiones generales, acerca de los resultados obtenidos a partir del proceso de adaptación.

3.3.1. Fase I: Adecuación gramatical de los instrumentos al contexto costarricense

Esta primera fase presentó como objetivo revisar de forma general la composición gramatical de las versiones mexicana del SF-36 y la versión para Latinoamérica del inventario Cope en versión breve. Esto con el fin de detectar aquellas palabras u oraciones que presentaran dificultades de comprensión para la población Costarricense, ya sea, que esto se manifestará por razones de definición o redacción (Beatty & Willis, 2007).

Para éste fin se llevaron a cabo entrevistas cognitivas individuales (Osterlind,1998), con 3 personas de nacionalidad Mexicana, quienes accedieron voluntariamente a cooperar con el estudio. Todas las personas poseían un nivel académico universitario incompleto (estudiantes).

A cada persona se le explicó el objetivo de la entrevista, y posteriormente, se desarrolló la misma (primero se desarrolló la entrevista para el cuestionario SF-36 y seguidamente para el inventario Cope), en promedio la realización de ambas entrevistas llevó un total de 40 min según el participante.

La entrevista cognitiva se desarrolló mediante la técnica del “probing”, sondeo o exploración verbal. Específicamente, se utilizó el método “comprehension-interpretation/probe” el cual, establece la preparación de un guión estructurado con

anterioridad, en el que se le solicita a la persona que indique lo que un determinado concepto significa para él o ella en sus propias palabras (Beatty & Willis, 2007).

Concretamente, para ésta entrevista se utilizó el siguiente guión: ¿Qué entiende usted en el siguiente ítem (o palabra)? La investigadora tomó nota de los comentarios de los y las entrevistados(as) y posteriormente, se compararon los significados dados por las personas entrevistadas con los conceptos teóricos que intentaba medir cada dimensión del cuestionario.

-Resultados obtenidos a partir de la Fase I: Adecuación gramatical de los instrumentos al contexto costarricense.

A partir de las entrevistas se logró detectar que ambos instrumentos no mostraron mayores dificultades con respecto a su comprensión o entendimiento. No obstante, en algunos casos se presentó la necesidad de realizar algunos ajustes y modificaciones gramaticales, que se incorporaron a partir de un consenso en la mayoría de los sujetos entrevistados. Enseguida se presentan los ajustes gramaticales realizados para cada instrumento.

-Ajuste gramatical del instrumento “SF-36”

A continuación se describen los ítems y palabras que de acuerdo con las entrevistas realizadas mostraron alguna dificultad de comprensión.

Tabla 4. Ítems y palabras del SF-36 que mostraron dificultades de comprensión.

Número de ítem	Enunciado o palabra	Definición o significado otorgada por los/las entrevistados(as).		
		Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
5	Levantar	Cargar	Trasladar	Llevar
8	Doblarse	Inclinarse	Inclinarse	Hincarse
26	Sosegado	Calmado	Definición desconocida	Quieto

De acuerdo con la descripción anterior, el test SF-36 en su versión Mexicana, presentó dificultades de comprensión únicamente en 3 palabras que fueron: levantar (ítem 5), doblarse (ítem 8) y sosegado (ítem 26). En el caso de las 3 palabras, los entrevistados ofrecieron términos con significados similares o aproximados al concepto original de la palabra.

A continuación, se presentan los ajustes gramaticales que se realizaron al test SF-36, a partir de las entrevistas con personas de nacionalidad Mexicana, teniendo en cuenta los significados que presenten mayor proximidad al contexto Costarricense.

Tabla 5. Ítems del SF-36 con ajustes gramaticales incorporados.

Ítem original	Ítem con ajuste gramatical
Ítem 5: Levantar o llevar las compras del mercado.	Trasladar o llevar las compras del mercado.
Ítem 8: Doblar, arrodillarse o agacharse.	Inclinarse, arrodillarse o agacharse.
Ítem 26: ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?	¿Se ha sentido tranquilo y calmado?

-Ajuste gramatical del Inventario Cope en su versión breve

A continuación en la tabla 6 se describen los ítems y palabras que de acuerdo con las entrevistas realizadas mostraron alguna dificultad como las antes mencionadas para el inventario Cope en su versión breve (Carver & Sheier, 1989).

Tabla 6. Ítems y palabras del Cope (versión breve) que mostraron dificultades de comprensión.

Número de ítem	Enunciado o palabra	Definición o significado otorgada por los/las entrevistados(as).		
		Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
6	Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.	Yo me di por vencido(a) al no poder resolver la situación.	Yo me rehusé a lidiar con la situación	No se realizan cambios al ítem original
8	Yo negué creer que esto hubiera pasado	Yo me negué a creer que esto hubiera pasado	Yo me negué a creer que esto hubiera pasado	No se realizan cambios al ítem original
9	Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables	Yo dije cosas para expresar mis sentimientos desagradables.	Yo exprese mis sentimientos desagradables	Yo dije cosas para expresar mis sentimientos desagradables
11	Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.	Yo traté de verlo de una manera positiva.	Yo trate de ver el lado positivo de la situación.	Yo traté de ver las cosas de una forma positiva.
12	Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer	Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer en mi situación.	No se realizan cambios al ítem original	Yo hice un plan para saber que tenía que hacer
22	Yo pensé mucho cuales eran los pasos a tomar.	Yo pensé mucho cuáles eran los pasos que tendría que seguir.	Yo pensé mucho cuales eran los pasos a seguir.	Yo pensé mucho cuales eran los pasos a seguir.

De acuerdo con la descripción anterior, el inventario Cope en su versión breve, presentó dificultades de comprensión asociadas a la redacción de algunos ítems, razón por la cual, los entrevistados ofrecieron redacciones alternativas, que posibilitaran una mayor claridad y comprensión de los mismos.

A continuación en la tabla 7 se presentan los ajustes gramaticales realizados al test, los cuales son realizados por la investigadora a partir de los criterios ofrecidos por las personas de nacionalidad Mexicana.

Tabla 7. Ítems del inventario Cope (versión breve) con ajustes gramaticales incorporados.

Ítem original	Ítem con ajuste gramatical
Ítem 6: Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.	Yo me di por vencido(a) al no poder resolver la situación que estaba enfrentando.
Ítem 8: Yo negué creer que esto hubiera pasado	Yo me negué a creer que esto hubiera pasado.
Ítem 9: Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables	Yo dije cosas para expresar mis sentimientos desagradables.
Ítem 11: Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.	Yo traté de ver la situación de una manera más positiva.
Ítem 12: Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer	Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer en mi situación.
Ítem 22: Yo pensé mucho cuales eran los pasos a tomar.	Yo pensé mucho cuáles eran los pasos que tendría que seguir para hacer frente a mi situación.
Ítem 23: Yo recé o medité.	Yo recé, oré o medité

3.3.2. Fase II: Validez de los ítems según criterio de jueces

Una de las formas utilizadas para contrastar la validez de los ítems, consiste en preguntar a personas expertas en el dominio que miden los ítems, sobre su grado de adecuación a un criterio determinado (Osterlind, 1998). Para esto, un procedimiento utilizado consiste en determinar el grado de congruencia entre cada ítem y el subdominio u objetivo que pretende medir el ítem.

Para éste fin, se elaboró un instrumento (ver anexo7) en el que además de evaluar el grado de congruencia de cada ítem con respecto a su objetivo, se evaluó también el grado de claridad y pertinencia al contexto Costarricense de cada ítem, en ambos instrumentos.

Para ello, se efectuaron 5 entrevistas con personas expertos(as) en el área de la enfermedad coronaria, tanto en el tratamiento como en la investigación de la misma. Para ello, los criterios que se consideraron para escoger el panel de expertos, fue que tuvieran un grado mínimo de licenciatura, que al menos tuvieran una publicación científica relacionada con la temática y al menos 1 año de trabajo de campo con población coronaria. Para todos(as) los jueces se cumplieron los tres criterios a cabalidad.

Finalmente, el panel de expertos(as) estuvo conformado por una Licenciada en nutrición, dos Licenciadas en psicología, un especialista en ciencias del movimiento humano y salud de la Universidad Nacional y un Doctor en psicología del deporte. A continuación se describen los resultados obtenidos para cada ítem, de acuerdo con las evaluaciones emitidas por los expertos.

-Resultados obtenidos a partir de la fase II: Validez de los ítems según criterio de jueces.

La evaluación de los resultados obtenidos a partir del criterio emitido por cada juez, se llevó a cabo mediante el índice de congruencia ítem-objetivo de Rovinelli y Hambleton,

(1977, citados en Osterlind, 1998). De acuerdo con estos autores, éste procedimiento consiste en asignar un puntaje a cada una de las evaluaciones realizadas por los jueces a cada ítem, en cada dominio evaluado (por ejemplo congruencia).

De esta manera, los ítems que son evaluados con A (alto grado de congruencia) les será asignado el valor de +1. En el caso de los ítems que son evaluados con M (Medio grado de congruencia) se les asignará el valor 0. Finalmente, los ítems que presentan B (bajo grado de congruencia) se les asigna el valor de -1. Para determinar este índice se utilizó la siguiente fórmula descrita por Rovinelli y Hambleton (1977, citados en Osterlind, 1998).

$$I_{ik} = \frac{(N-1) \sum_{j=1}^n X_{ijk} + N \sum_{j=1}^n X_{ijk} - \sum_{j=1}^n X_{ijk}}{2(N-1)n}$$

Donde N es el número de objetivos y n el número de jueces, X_{ijk} , corresponde a la sumatoria de todos los valores otorgadas por cada juez, con respecto a cada ítem.

Esta fórmula, puede dar un índice que va de -1 a +1, de forma que, entre más cercano se encuentre el ítem a 1, mayor asociación existe entre éste y el objetivo correspondiente (Osterlin, 1998). De esta manera, los ítems cuyo índice se presenta más cercano a +1, presentan un mayor grado de acuerdo entre jueces y por ende, no deben ser modificados.

Por otra parte, los ítems con valores medios deben ser sometidos a una revisión, mientras que, los ítems cuyo valor denota un desacuerdo total entre jueces, deben ser considerados para su eliminación.

Debido a que, según la literatura este procedimiento es utilizado para evaluar el nivel de congruencia de los ítems, y aún no se documenta su utilización para evaluar otros

dominios como el contexto y claridad, su utilización para estos dos últimos dominios se realizó como un aspecto de referencia.

No obstante, para estos dos últimos dominios, se dio una mayor importancia a las observaciones y criterios cualitativos emitidos por el grupo de jueces al respecto de cada ítem, tomando en consideración los grados de acuerdo y desacuerdo totales emitidos para cada ítem ante los dominios evaluados.

-Resultados obtenidos para el SF-36

Utilizando el procedimiento anteriormente descrito, se logró determinar que la mayoría de los ítems en cada subdominio evaluado (congruencia, claridad y contexto) obtuvo un resultado de +1 en el índice evaluado. Lo cual, indica que la mayoría de los ítems se presentaban adecuados, en cada uno de los dominios evaluados. De igual manera, ninguno de los ítems mostró un grado de desacuerdo total por los jueces (ver tabla de resultados en anexo 5). Para la evaluación de cada uno de los ítems, se fijó un valor de corte de 0,6 que indica que 3 de los 5 jueces mostraron acuerdo en la evaluación efectuada (Osterlind, 1998).

Teniendo en cuenta éste aspecto, se obtuvo que en el dominio de congruencia todos los ítems mostraron valores iguales o superiores al punto de corte (0.6), de forma que, estos no serán modificados. No obstante, con respecto al dominio de claridad, los ítems 14,15, 18 y 32, mostraron valores menores al punto de corte (0.6), por lo que se consideraron sujetos de revisión, asimismo, las observaciones emitidas por los jueces con respecto a cada uno de estos ítems, también respaldan dicha decisión.

La revisión de estos ítems fue efectuada por la investigadora tomando en cuenta las observaciones y criterios de los jueces. A continuación se exponen los resultados obtenidos.

Tabla 8. Ítems del SF-36, revisados según criterio de jueces

Ítem con valor menor a punto de corte (0,6)	Ítem revisado (versión final)
Ítem 14: Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	Ha hecho menos de lo que hubiera querido hacer.
Ítem 15: Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.	Se ha visto limitado en el tipo de trabajo o actividades cotidianas.
Ítem 18: Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	Ha hecho menos de lo que hubiera querido hacer.
Ítem 32: Durante el <i>último mes</i> , ¿cuánto tiempo <i>su salud física o sus problemas emocionales</i> han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes)	En el último mes, con qué frecuencia su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc)

Asimismo, a pesar de que los ítems 9, 10, 11 y 22, mostraron valores adecuados de acuerdo entre jueces, en los dominios evaluados, se consideró pertinente incluir algunas observaciones realizadas por los jueces para estos, con el fin de mejorar la comprensión gramatical de los mismos a la población objetivo.

En el caso de los tres primeros, la observación consistió en ajustar la medida de longitud utilizada, de forma que se modifique la palabra “cuadra” por metros o kilómetros, según sea el caso. En el ítem 22, se realizó un ajuste con respecto al orden de algunas palabras.

Tabla 9. Ítems del SF-36, revisados según criterio de jueces.

Ítem	Ítem con observaciones incluidas (versión final)
Ítem 9: Caminar más de diez cuadras	Caminar más de un kilómetro
Ítem 10: Caminar varias cuadras	Caminar más de 100 metros
Ítem 11: Caminar una cuadra	Caminar 100 metros
Ítem 22: ¿Cuánto <i>el dolor</i> le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?	¿Cuánto le ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Finalmente, otro reparo realizado por los jueces, que se consideró pertinente de incluir, consiste en especificar las instrucciones del instrumento, de manera que, se aclare que la encuesta pide la opinión acerca del estado de salud, después de que se presentara el infarto agudo del miocardio.

-Resultados obtenidos para el inventario Cope versión breve

De acuerdo con los resultados obtenidos para el inventario Cope en cada dominio evaluado (congruencia, claridad y contexto), ninguno de los ítems presentó resultados que indicarán un desacuerdo total por los jueces (ver tabla de resultados en anexo 6).

Así mismo, según el valor de corte fijado (0.6), todos los ítems mostraron un valor adecuado de congruencia y contexto, indicando que no se requiere de modificaciones en estos aspectos. No obstante, en el caso del dominio de claridad, los ítems 2, 12 y 22, sí indicaron requerir una revisión. La cual, al igual que en el instrumento anterior, se realizó tomando en consideración no sólo los resultados obtenidos, sino, la congruencia de las evaluaciones de carácter cualitativo que realizaron los jueces al respecto de cada ítem.

En la siguiente tabla, se exponen los resultados obtenidos de esta revisión.

Tabla 10. Ítems del Cope, revisados según criterio de jueces.

Ítem con valor menor a punto de corte (0,6)	Ítem revisado (versión final)
Ítem 2: Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.	Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación que viví.
Ítem 12: Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer en mi situación.	Yo traté de crear una estrategia para enfrentar mi situación.
Ítem 22: Yo pensé mucho cuáles eran los pasos que tendría que seguir para hacer frente a mi situación.	Yo pensé cuáles eran los pasos a seguir para enfrentar mi situación.

Así mismo, en éste inventario, algunos de los ítems (4,10, 9 y 24) mostraron valores de cortes adecuados (iguales o superiores al 0.6), no obstante, se consideró pertinente incluir algunas de las observaciones realizadas por los jueces sobre los mismos.

Así, en el caso de los ítems 4 y 10, se recomendó modificar la palabra usé por consumí, así como, agregar la palabra bebidas. Mientras que, en el ítem 9 se recomendó especificar al final del ítem (en relación a lo sucedido). Y al respecto del ítem 24, se recomendó incluir al final del ítem la palabra “que viví”. Estos aspectos se detallan a continuación.

Tabla 11. Ítems del Cope, revisados según criterio de jueces.

Ítem	Ítem con observaciones incluidas (versión final)
Ítem 4: Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para sentirme mejor.
Ítem 10: Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.	Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.
Ítem 9: Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.	Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables en relación a lo sucedido.
Ítem 24: Yo me burle de la situación.	Yo me burle de la situación que viví.

3.3.3. Fase III: Aplicación de las pruebas pilotos de ambos instrumentos.

Una vez finalizada la fase II, se llevó a cabo la aplicación de una prueba piloto a 12 sujetos (6 personas de sexo masculino y 6 de sexo femenino). Del total de participantes, 9 presentaban condición de infarto agudo del miocardio, y las 3 restantes correspondieron a parejas de los mismos.

Los sujetos que participaron en la administración de la prueba fueron seleccionados por conveniencia, la mayoría reside en la provincia de Heredia y San José, y se encuentran en edades comprendidas entre los 45 y 77 años. La mitad de la muestra presentaba un nivel académico universitario, mientras que, la mitad restante presentaba únicamente estudios a nivel de primaria.

La aplicación de esta prueba piloto tenía el objetivo de evaluar cómo se comportaban los instrumentos durante su aplicación. Específicamente, con el fin de comprobar la comprensión de las preguntas, determinar si el vocabulario se mostraba adecuado y si los ítems son culturalmente aplicables.

Para ello, se seleccionó una muestra con características similares a la población original del estudio. La aplicación de las pruebas se realizó de forma autoadministrada.

Posterior a la aplicación, se pidió de forma verbal, la opinión general de los y las participante sobre los ítems, mediante cuatro preguntas sobre dificultad, comprensión e interés de las preguntas, la y adecuación del lenguaje del cuestionario. Para ello, se prestó especial atención en aquellas palabras o enunciados que se suponía presentarían dificultades (de acuerdo con las entrevistas a Mexicanos y jueces).

A partir de la aplicación de la prueba piloto, se logró detectar que a nivel general no se encontraron problemas importantes de comprensión ni de adaptación del contenido de los ítems. Así mismo, los cuestionarios fueron contestados de forma completa y coherente por la totalidad de participantes.

-Conclusiones generales obtenidas a partir del proceso de adaptación de lenguaje realizado.

De acuerdo con el procedimiento efectuado para llevar a cabo la adaptación de lenguaje de los instrumentos evaluados, al contexto Costarricense. Para la fase I, se realizó el ajuste gramatical de un total de 10 ítems, 3 ítems en el SF-36 y 7 ítems en el inventario Cope. Los ajustes gramaticales realizados consistieron principalmente, en la modificación de palabras o enunciados que se mostraban ambiguos, o de difícil comprensión.

Una vez se incorporaron las modificaciones obtenidas a partir de la fase I, se efectuó el procedimiento correspondiente a las evaluaciones emitidas por el criterio de jueces (fase II). Para esta fase, se fijó un punto de corte con el fin de detectar los ítems que debían ser modificados. En el instrumento SF-36, se modificaron 4 ítems que no alcanzaron el valor de corte fijado en uno de los criterios evaluados (claridad). Así mismo, a partir de las observaciones realizadas por los jueces, se consideró pertinente realizar la modificación de otros 4 ítems, con el fin de obtener mejoras en su nivel de comprensión.

En el caso del inventario Cope, se modificaron 3 ítems que no alcanzaron los valores del punto corte en el dominio de claridad. Mientras que, se llevó a cabo, la modificación de otros 4 ítems, tomando en cuenta de igual modo, las observaciones emitidas por los jueces.

Finalmente, la fase III consistió en la aplicación de la prueba piloto de ambos instrumentos, con el fin de evaluar los cambios gramaticales realizados en las fases anteriores. A partir de esta aplicación no se determinaron dificultades de comprensión o significado en los ítems, por lo que en ésta fase no se realizaron modificaciones en ninguno de los instrumentos, concluyéndose así el proceso de adaptación de lenguaje realizado.

Así mismo, es importante indicar que debido a que el objetivo de esta prueba estaba en función específica y exclusiva de la adaptación de lenguaje no se realizaron análisis estadísticos a partir de tales aplicaciones.

4. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO EFECTUADO PARA LLEVAR A CABO LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El procedimiento utilizado para llevar a cabo la recolección de la información, se subdividió en tres fases diferentes. Seguidamente se lleva a cabo la descripción de cada una de estas fases.

Fase I: La estrategia metodológica inicialmente planteada, consistía en realizar una convocatoria abierta de sujetos voluntarios. Por medio de la cual, se establecía la opción de participar a todos aquellos elementos de la población interesados en hacerlo y que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos. Para ello, la estrategia de convocatoria originalmente diseñada, consistió en la elaboración y publicación de un artículo en un medio de comunicación escrita, con el fin de exponer la finalidad del estudio y captar por éste medio la participación de los sujetos.

No obstante, dicha estrategia no se logró efectuar debido al desinterés mostrado por los medios de comunicación colectiva, de llevar a cabo la publicación del mismo. Por esta razón, se procedió con la implementación de una estrategia de convocatoria alternativa.

Fase II: A éste respecto, se procedió a efectuar una convocatoria alternativa, que consistió en la difusión de la investigación por otros medios tales como, redes sociales, y la colocación de afiches y carteles en los principales hospitales del GAM. Para ello, una vez realizada la convocatoria, se dio un tiempo aproximado de un mes. Sin embargo, ninguna de dichas estrategias mostró resultados favorables.

Fase III: En vista de lo anterior, se tomó la decisión de llevar a cabo la búsqueda de los y las participantes en lugares específicos del GAM. Para ello, se realizó el contacto con algunos centros hospitalarios que podrían facilitar el acceso a la población que presentaran condición coronaria. Específicamente, se contactó con los programas de rehabilitación cardíaca del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), y del Hospital San Vicente de Paúl en Heredia.

Después de obtener los permisos respectivos en cada una de dichas instituciones, se procedió a llevar a cabo el contacto con los sujetos de la investigación. Para ello, la investigadora fue presentada a los integrantes, por parte de los coordinadores de los respectivos programas de rehabilitación cardíaca. Posteriormente, la investigadora expuso la finalidad y objetivos de la investigación, así como, los criterios de inclusión de la misma.

Seguidamente, con las personas que cumplieron con los criterios de investigación y que deseaban participar en el estudio, se realizó un encuadre acerca de la investigación, mediante el cual, se explicaron los objetivos de la misma, así como, el hecho de que por la participación no se recibirían beneficios de ningún tipo.

Así mismo, se enfatizó que el conocimiento obtenido podría ser beneficioso para la comprensión de los aspectos psicosociales que influyen después de una experiencia de éste tipo.

Con todos los participantes, el procedimiento que se siguió fue el mismo y consistió en hacer entrega de los instrumentos de medición y consentimientos informados, con la indicación de que estos debían de ser contestados de manera individual (autoadministrados) en sus hogares. Posteriormente, los instrumentos y consentimientos fueron devueltos a la investigadora durante el transcurso de la semana, en las instalaciones de ambos programas de rehabilitación cardíaca.

En algunos casos excepcionales, por petición de los mismos participantes se concertó una reunión para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios por parte de la investigadora en el mismo centro de rehabilitación cardíaca.

Aunado a lo anterior, también se realizó el contacto con las asociaciones de cardiopatía de Alajuela y Cartago. Las cuales, se encuentran conformadas por una respectiva junta directiva.

Ambas asociaciones se encuentran integradas por personas que presentan diversos tipos de afectaciones cardiovasculares. Estas asociaciones se reúnen de forma periódica con el fin de realizar diferentes actividades tanto recreativas, como a nivel educativo, por medio de charlas relacionadas con la enfermedad, factores de riesgo, prevención, entre otros.

El procedimiento para contactar con los integrantes de estas asociaciones, fue similar al descrito para los hospitales. En primera instancia, se solicitó el permiso a los directivos de ambas asociaciones y posteriormente, se concertó una cita para exponer el trabajo de investigación a los integrantes.

Finalmente, con las personas que cumplían los criterios de inclusión y deseaban participar en el estudio, se realizó igualmente un encuadre a la investigación, y posteriormente, se hizo entrega de la batería de instrumentos y el consentimiento, los cuales, fueron entregados a los participantes y recogidos por la investigadora la semana siguiente.

En algunos casos, por petición de los participantes, la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en sus respectivos hogares, para lo cual, se concertó una cita entre éstos y la investigadora, quién entregó los instrumentos que fueron contestados de forma autoadministrada o contestados por la entrevistadora, cuando los mismos participantes lo solicitaban.

Para todos los casos, se aseguró que se encontraban las condiciones necesarias, para garantizar la confidencialidad de la información suministrada por las personas entrevistadas.

5. DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y LAS TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se utilizó el programa SPSS para Windows (versión 17.0) para efectuar el análisis estadístico de los datos. Específicamente, se efectuaron análisis de confiabilidad (alfa de Cronbach) para cada una de las subescalas que componen cada instrumento. Análisis descriptivos, a través de medidas de tendencia central (moda, media, mínimo, máximo y rango) y de distribución (frecuencias, desviación estándar, varianza) de las variables estudiadas.

Así mismo, se realizaron análisis de pruebas *t* para muestras independientes y de chi cuadrada, análisis univariado de varianza, así como, análisis no paramétrico de Kruskal wallis. El análisis estadístico inferencial se efectuó mediante correlaciones de Pearson y regresión lineal.

6. CRITERIOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Con el fin de garantizar la calidad de la información obtenida, el procedimiento de recolección de datos se realizó mediante dos instrumentos (SF-36 y Cope) con amplio respaldo investigativo que documenta la pertinencia de su utilización con respecto a la medición de las variables estudiadas.

Por otro lado, para garantizar la objetividad en la investigación, se realizó un encuadre de investigación, por medio del cual, se manifestaron claramente los objetivos de la investigación y mantuvieron las mismas instrucciones para cada uno de los y las

participantes. Así mismo, en este encuadre se aclaró que la participación en el estudio era completamente voluntaria y no se obtendría beneficio material de ningún tipo por la misma.

Finalmente, para ambos instrumentos fue realizada una adaptación de lenguaje con el fin de asegurar la comprensión de los mismos, de acuerdo con la realidad contextual de los y las participantes.

7. PRECAUCIONES TOMADAS PARA PROTEGER A LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN.

Con el fin de preservar y proteger a los sujetos participantes en el estudio (personas con infarto y parejas) se entregó a cada persona un consentimiento informado (ver anexo 1) que exponía los objetivos del estudio. Dentro de este documento se explicitaron los fines de la investigación, el derecho a la confidencialidad, así como, a la posibilidad de retirarse del proceso, sin que existan por ello, consecuencias para estos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

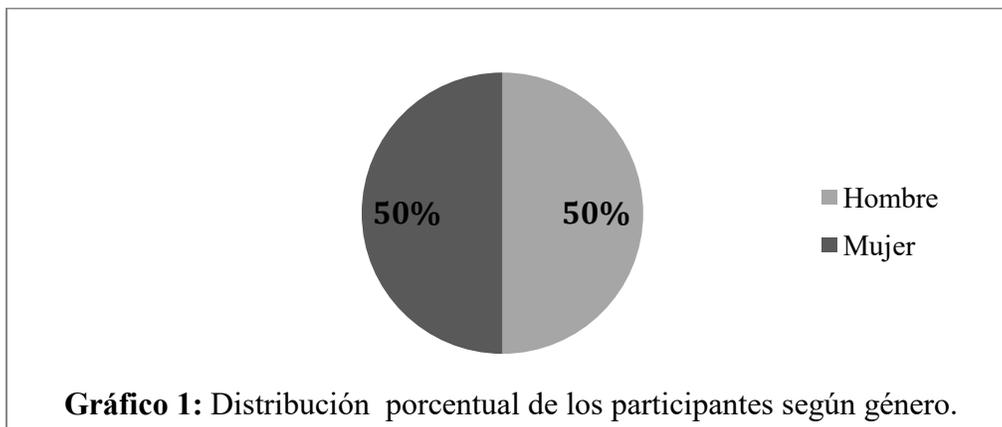
En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos en éste estudio. En la primera parte se describen las características sociodemográficas de los y las participantes y los estadísticos descriptivos de los dos instrumentos (SF-36 y Cope).

Posteriormente, se describen las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida mostrada por los y las participantes, así como, la relación de ambas variables.

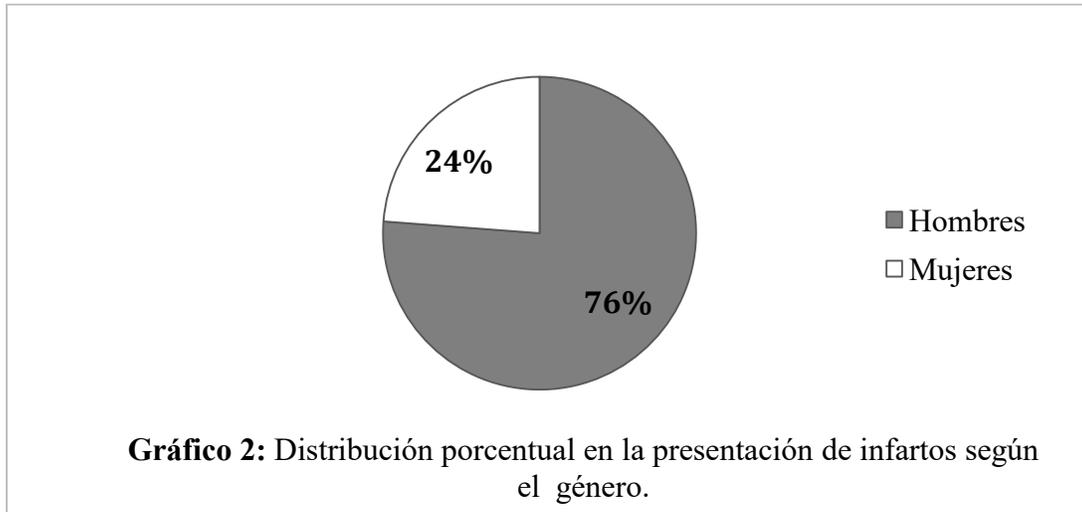
Finalmente, en la última parte de esta sección, se expone un apartado con resultados de variables adicionales a las contempladas en los objetivos de este estudio, esto con el fin de obtener un mayor control de su posible efecto sobre las dos dimensiones estudiadas.

1. Descripción de los y las participantes del estudio.

La muestra final estuvo conformada por un total de 84 participantes, de los cuales 42 presentaban infarto agudo del miocardio (IAM) y los 42 restantes correspondían a sus parejas. El rango de edad comprendió desde los 29 hasta los 75 años, con una media de 56.04 años (DE= 10.07). La distribución por género de la muestra total se presenta en el gráfico 1.



El resultado de las pruebas *T* en el grupo de personas con infarto, observó una diferencia significativa ($p=.000$) con respecto a la variable género, siendo los hombres los que sufrieron infartos en mayor proporción, tal y como se observa en el gráfico 2.



Por otra parte, no se observaron diferencias significativas ($p=.55$) entre la edad media de los hombres que fue de 58 años ($DE=9.77$) y la edad media de mujeres 53 años ($DE=10.30$). La distribución de ambos grupos según los rangos de edad se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12. Distribución de los y las participantes por rango de edad según el género.

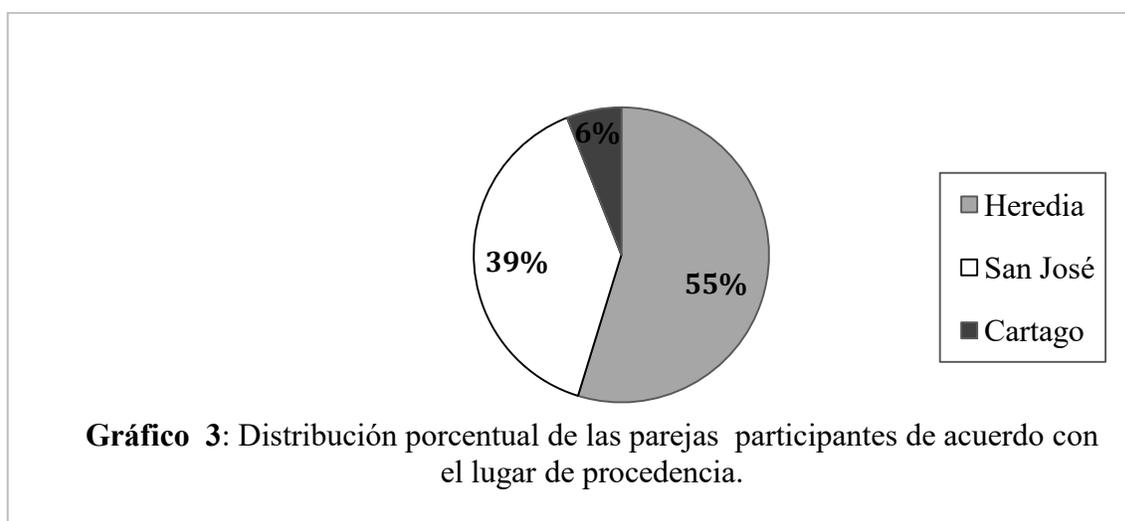
Rango de Edad	Género				Total	
	Hombre		Mujer			
	f	%	f	%	f	%
De 29 a 44 años	4	9.5	7	16.7	11	13.1
De 45 a 60 años	18	42.9	24	57.1	42	50.0
De 61 a 76 años	20	47.6	11	26.2	31	36.9
Total	42	100	42	100	84	100

Así mismo, tal y como se aprecia en la tabla 13 tampoco se obtuvieron diferencias significativas ($p=.78$) entre la edad de las personas con infarto ($M=56.67$, $DE=9.86$) y sus parejas ($M=55.40$, $DE=10.32$).

Tabla 13. Distribución de los y las participantes por rango de edad según el tipo de sujeto.

Rango de Edad	Tipo de sujeto				Total	
	Persona con infarto		pareja			
	f	%	f	%	f	%
De 29 a 44 años	5	11.9	6	14.3	11	13.1
De 45 a 60 años	20	47.6	22	52.4	42	50.0
De 61 a 76 años	17	40.5	14	33.3	31	36.9
Total	42	100	42	100	84	100

Con respecto al lugar de procedencia, tal y como se puede apreciar en el gráfico 3, la mayoría de personas habitan en las provincias de Heredia y San José.



Mientras tanto, en relación con el estado civil de las parejas, 74 (88.1%) se encuentran casadas, y solamente 10 (11.9%) conviven en unión libre.

En lo que respecta al nivel educativo, tal y como se observa en la Tabla 14, la mayoría de participantes presentaron un nivel de escolaridad básica, es decir, algún grado de estudio en primaria.

Tabla 14. Distribución de los y las participantes de acuerdo con el nivel educativo.

		f	%
Nivel educativo	Escolaridad Básica (primaria)	49	59.8%
	Escolaridad Media (secundaria)	19	20.4%
	Estudios Universitarios	14	14.1%
Total		82	94.3

En la Tabla 15, se describen los ingresos mensuales percibidos por cada pareja, observándose que el mayor porcentaje (54.1%) se ubican en el menor rango de ingresos mensuales, percibiendo por mes de 150.000 a 300.000 colones.

Tabla 15. Distribución de las parejas participantes de acuerdo con el ingreso mensual.

		f	%
Ingresos mensuales percibidos por cada pareja	De 150.000 a 300.000	20	54.1
	De 300.000 a 450.000	12	32.4
	De 450. 000 a 600.000	5	13.5
	No responde	5	13.5
Total		42	100

Finalmente, en lo que concierne a la ocupación, se observan proporciones semejantes entre las personas que trabajan en oficios del hogar (38.1%), y quiénes trabajan fuera del mismo (36.9%).

Tabla 16. Distribución de las parejas participantes de acuerdo con el tipo de ocupación.

		f	%
Ocupación	Trabaja en oficios del hogar	32	38.1
	Trabaja fuera del hogar	31	36.9
	Desempleado	6	7.1
	Jubilado	15	17.9
Total		84	100.0

Con el objetivo de realizar contrastes entre las diversas variables sociodemográficas en la muestra estudiada, se efectuaron análisis por medio de la chi cuadrada (χ^2). De esta forma, en cuanto al nivel educativo se refiere, los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas con respecto al género $\chi^2=(2, N=84)=310, p>.05$ o el tipo de sujeto $\chi^2=(2, N=84).522, p>.05$. No obstante, el nivel educativo sí evidenció diferencias significativas con los ingresos mensuales $\chi^2=(4, N=37)=12.364, p=.015$.

De acuerdo con lo anterior, un nivel educativo básico (primaria) presentó en mayor proporción (72.7%) ingresos mensuales más bajos para cada pareja.

Por otra parte, en lo concerniente a la ocupación, ésta variable no mostró diferencias significativas entre las personas con infarto y sus parejas $\chi^2=(3, N=84)=5.43, p>.05$.

2. Estadísticos descriptivos de las escalas de los dos instrumentos (SF-36 y Cope) de auto-reporte utilizados.

En la Tabla 17 que se presenta a continuación se ofrece una descripción de los instrumentos utilizados para la investigación, con su respectiva media, e indicador de confiabilidad. Todo ello, para la muestra total y en relación con el tipo de participante.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos e índices de confiabilidad (α) de los instrumentos de auto-reporte utilizados (SF-36) y (Cope versión breve).

	Muestra total					Persona con infarto			Pareja		
	n	M	DE	Ítem	α	n	M	DE	n	M	DE
SF-36											
Función Física	83	71.26	24.30	10	.84	42	64.64	24.85	42	78.04	22.01
Rol Físico	82	40.85	41.48	4	.86	42	28.12	34.52	42	52.97	44.24
Vitalidad	83	60.90	20.64	4	.71	41	59.63	22.42	41	62.14	18.93
Función Social	79	70.18	32.88	2	.82	41	64.37	32.46	42	70.19	29.33
Rol Emocional	83	36.74	44.91	2	.85	42	23.17	37.24	42	50.00	48.13
Salud Mental	83	67.51	21.19	5	.82	42	66.95	22.62	41	68.09	19.88
Dolor Corporal	84	60.00	23.54	2	.81	42	56.67	25.82	42	63.33	20.79
Salud General	83	61.30	19.34	5	.75	41	60.83	21.03	42	61.78	17.73
CSF	84	43.23	8.87	20	.86	39	41.29	8.30	41	45.17	9.10
CSM	84	43.47	10.83	13	.86	39	41.83	11.64	41	45.12	9.85
COPE VERSIÓN BREVE											
A. Activo	83	5.87	1.92	2	.62	41	5.56	1.83	42	6.19	1.97
Negación	81	3.79	1.96	2	.67	42	3.90	2.07	42	3.68	1.86
Uso sustancias	84	2.23	1.00	2	.76	42	2.26	.98	42	2.21	1.02
Desahogo	83	3.24	1.70	2	.63	42	3.36	1.98	42	3.11	1.38
RP	84	5.83	2.04	2	.72	42	5.61	1.87	42	6.04	2.19
humor	84	3.00	1.50	2	.61	42	3.14	1.57	42	2.85	1.44
Aceptación	83	6.61	1.82	2	.60	42	6.59	1.91	42	6.63	1.74
Religión	84	6.98	1.58	2	.66	42	7.00	1.63	42	6.95	1.54

Nota: CSF Índice sumario de salud física del Sf-36, CSM Índice sumario de salud mental del SF-36, **A. Activo** Afrontamiento activo, **RP** Reinterpretación positiva

Como se puede apreciar en la Tabla 17, el instrumento SF-36 para medir la calidad de vida, mostró un índice de confiabilidad aceptable con puntajes en sus subescalas que van desde el $\alpha=.71$ hasta $\alpha=.86$. Tal y como se observa a continuación, todas las subescalas: función física (10 ítems, $\alpha=.84$), rol físico (4 ítems, $\alpha=.86$), vitalidad, (4 ítems, $\alpha=.71$), función social (2 ítems, $\alpha=.82$), salud mental (5 ítems, $\alpha=.85$), dolor corporal (2 ítems, $\alpha=.81$), salud general (4 ítems, $\alpha=.75$), rol emocional (2 ítems, $\alpha=.85$), presentaron un alfa de Cronbach superior al .70. Mientras que, la escala total corregida con 34 ítems, obtuvo un alfa de Cronbach de ($\alpha=.91$).

Por otra parte, la escala total corregida evaluada únicamente para las personas con infarto, mostró un alfa de Cronbach de ($\alpha=.94$), mientras que, en el caso de las parejas el alfa de Cronbach obtuvo un valor de ($\alpha=.88$).

En el caso del inventario de afrontamiento Cope en su versión breve, los ajustes realizados tras efectuar los análisis de confiabilidad preliminares de la escala, se optó por seleccionar 8 subescalas de afrontamiento que presentaron un índice de confiabilidad superior al .60 para este estudio.

Partiendo de lo anterior, los índices de confiabilidad de las subescalas utilizadas en el Cope mostraron índices de confiabilidad que van desde el $\alpha=.60$ hasta el $\alpha=.76$. Estos se describen a continuación: La subescala correspondiente al uso de sustancias obtuvo el mayor índice (2 ítems, $\alpha=.76$), seguido por la subescala de reinterpretación positiva (2 ítems, $\alpha=.72$), negación (2 ítems, $\alpha=.67$), religión (2 ítems, $\alpha=.66$), desahogo (2 ítems, $\alpha=.63$), afrontamiento activo (2 ítems, $\alpha=.62$), humor (2 ítems, $\alpha=.61$) y aceptación (2 ítems, $\alpha=.60$). El puntaje total de la escala fue de (16 ítems, $\alpha=.71$). Mientras que, en el caso de las personas con infarto, la escala mostró un alfa de Cronbach de ($\alpha=.72$), y en las parejas se obtuvo un alfa de Cronbach de ($\alpha=.71$).

Éste resultado indica que la confiabilidad de la escala utilizada para éste estudio incluyendo 8 factores, resultó estable para ambos grupos.

En el apartado siguiente se presenta el proceso desarrollado para la selección de estas ocho subescalas, incluyendo el análisis de factores y de confiabilidad realizado al inventario Cope en su versión breve.

3. Análisis de Factores y de confiabilidad del inventario Cope versión breve.

La versión breve del inventario Cope empleada para el presente estudio, fue validada para ser utilizada en población Costarricense por Barguil (2003). No obstante, a pesar de que la escala demostró ser adecuada para su empleo, los resultados obtenidos a partir de la validación realizada, sugieren que antes de su utilización es necesario tomar en cuenta tanto las características sociodemográficas como las relacionadas con el estado de salud de los y las participantes en que será aplicada. Esto con el fin de llevar a cabo los ajustes requeridos para su empleo y de esta manera, acercar las mediciones a la realidad de las características de la muestra investigada.

Tomando en consideración lo anterior, se realizaron análisis con el fin de observar el comportamiento de la estructura factorial y la consistencia interna del Cope en la muestra utilizada para esta investigación. Estos se describen a continuación.

Para realizar el análisis psicométrico del Cope se efectuó un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y rotación varimax. El valor obtenido para la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .63 y la prueba de esfericidad de Bartlett demostró significancia $X(276) = 734.178; p = .000$.

Estos resultados indicaron que a pesar de que el test de esfericidad de Bartlett fue significativo. Lo cual, se puede rechazar la hipótesis nula de que las variables no están

correlacionadas en la muestra. El puntaje del test de KMO, no alcanzó el valor heurísticamente recomendado de .70, lo cual, indica que las correlaciones no son adecuadas para llevar a cabo el análisis factorial en la muestra (Meyers, Gamst & Guarino, 2006).

Tendiendo estos resultados en consideración, los análisis realizados permitieron extraer siete componentes principales, donde el séptimo de estos explica el 66.44% de la varianza total acumulada. Los factores obtenidos se exponen en la Tabla 18 que se presenta a continuación.

Tabla 18. Análisis de factores con rotación varimax del inventario Cope en su versión breve.

	1	2	3	4	5	6	7
Yo me puse a trabajar, estudiar o realizar otras actividades para distraerme.	.44						
Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación que viví.	.78						
Yo recibí apoyo emocional de otras personas.	.46						
Yo hice cosas para poder mejorar la situación en la que estaba	.69						
Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.	.70						
Yo traté de crear una estrategia para enfrentar mi situación.	.71						
Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.	.52						
Yo recibí y apoyo y comprensión de alguien		.51					
Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.		.68					
Yo aprendí a vivir con esto.		.84					
Yo pensé cuáles eran los pasos a seguir para enfrentar mi situación		.68					
Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para sentirme mejor.			.82				
Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto			.72				
Yo me di por vencido(a) al no poder resolver la situación que estaba enfrentando			.78				
Yo pensé: esto no es real				.66			
Yo me negué a creer que esto hubiera pasado				.55			
Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables en relación a lo sucedido.				.76			

Yo expresé mis pensamientos negativos	.74
Yo hice bromas acerca de esto.	.80
Yo me burle de la situación	.80
Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales	.67
Yo recé, oré o medité	.77
Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba	.82
Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver televisión, leer, soñar despierto(a), dormir o ir de compras	.46

Tal y como se aprecia en la Tabla 18, en total se obtuvieron siete componentes. Sin embargo, los datos sólo lograron discriminar 2 de los componentes propuestos por los autores de la escala, de forma que el resto de los componentes entremezclaron distintas e independientes formas de afrontamiento.

A continuación, se exponen cada uno de los factores extraídos, las formas de afrontamiento que los componen (de acuerdo con los resultados del análisis de factores realizado en este estudio), el autovalor o cantidad de información explicada por el modelo y el porcentaje de varianza explicado por cada factor.

El primer factor incluyó las estrategias de “autodistracción, uso de apoyo emocional, afrontamiento activo, reinterpretación positiva y planificación” (autovalor= 5.12), explicó el 21.36% de la varianza y distinguió 7 ítems.

El segundo factor estuvo conformado por las estrategias de “aceptación, uso de apoyo emocional y planificación” (autovalor= 3.018), explicó un 12.57% de la varianza y se conformó por 4 ítems.

El tercer factor “uso de sustancias y desconexión conductual” (autovalor=2.43), explicó un 10.14% de la varianza e incluyó tres ítems. El cuarto factor “negación y desahogo” (autovalor=1.66), explicó el 6.94% de la varianza y obtuvo 4 ítems. El quinto factor “Uso del humor” (autovalor=1.33), explicó un 5.56% de la varianza y se conformó

por dos ítems. El sexto factor “religión” (autovalor=1.29), explicó un 5.37% de la varianza y se conformo también por dos ítems. Finalmente, el sétimo factor se conformó por las estrategias de “autodistracción y desconexión conductual” (autovalor=1.07), y explicó un 4.47% de la varianza.

A continuación en la tabla 19 se presentan los índices de confiabilidad obtenidos por cada uno de estos factores.

Tabla 19: Análisis de confiabilidad de factores (Cope versión breve)

Factor	Alfa de Cronbach
Factor 1: Autodistracción, uso de apoyo emocional, afrontamiento activo, reinterpretación positiva y planificación.	.78
Factor 2: Aceptación, uso de apoyo emocional y planificación.	.73
Factor 3: Uso de sustancias y desconexión conductual	.70
Factor 4: Negación y desahogo	.69
Factor 5: Uso del humor	.61
Factor 6: Religión	.66
Factor 7: Autodistracción y desconexión conductual	.22
Escala total	.79

A partir de los análisis de confiabilidad realizados, surgieron varios ítems con una correlación ítem total corregida menor a .30. Estos fueron los siguientes:

- Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para sentirme mejor
- Yo me di por vencido(a) al no poder resolver la situación que estaba enfrentando
- Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables en relación a lo sucedido Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba
- Yo hice bromas acerca de esto
- Yo expresé mis pensamientos negativos
- Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales
- Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.

De esta forma, al eliminar estos ítems se eliminarían también los factores 3, 5, 6 y 7 pues todos quedarían con un solo ítem restante. Lo cual, se muestra insuficiente para realizar una medición de la dimensión del afrontamiento.

Conclusiones obtenidas a partir de los análisis realizados

En relación con el análisis exploratorio de factores que se efectuó al instrumento de afrontamiento Cope en su versión breve, se esbozan las siguientes consideraciones. En primera instancia, el valor de la prueba de KMO, no fue el más adecuado, indicando una dudosa adecuación de la muestra para llevar a cabo el análisis factorial, debido a que las correlaciones no son lo suficientemente apropiadas (Meyers et al., 2006). Éste resultado en la prueba de KMO podría deberse a que el análisis factorial exploratorio no confirmó la estructura factorial original del instrumento, observándose que la mayoría de factores obtenidos, agruparon formas de afrontamiento muy distintas e independientes entre sí, por lo que muestran poca lógica y consistencia teórica. Por ejemplo, el factor 1 agrupó estrategias concernientes a la escala de autodistracción, uso de apoyo emocional, afrontamiento activo, reinterpretación positiva y planificación.

Éste resultado también pudo deberse a un tamaño de la muestra muy pequeño, pues debido a que el análisis factorial se basa en coeficientes de correlación, es probable que en muestras pequeñas se puedan ir acumulando errores de medición (Osborne y Costello, 2004).

A este respecto Meyers et al. (2006) recomiendan que el número de participantes no se encuentre por debajo de los 200 o que incluya 10 participantes para cada variable. Por lo que, teniendo en cuenta lo anterior, es claro que el tamaño de la muestra de éste estudio se considera insuficiente para llevar a cabo el análisis factorial.

A partir de lo anterior, se concluye que los resultados del análisis factorial no son concluyentes, debido a que el puntaje obtenido en la prueba de KMO, pone en duda la adecuación de llevar a cabo el mismo. Por esta razón, se decidió que para efectos de éste estudio las formas de afrontamiento se agruparán de acuerdo con el planteamiento original

de los autores (Carver & Sheier, 1989). Para ello, se realizaron nuevamente análisis de confiabilidad para cada una de las subescalas de afrontamiento y la escala total. A partir de lo cual, se determinó eliminar todas las subescalas con índices inferiores al 0.60. Estas se señalan con (*) en la tabla 20.

Tabla 20. Análisis de confiabilidad de las subescalas del inventario Cope (versión breve).

Factor	Alfa de Cronbach
Factor 1: Autodistracción	.30*
Factor 2: Afrontamiento activo	.61
Factor 3: Negación	.67
Factor 4: Uso de sustancias	.76
Factor 5: Uso de apoyo emocional	.53*
Factor 6: Desconexión Conductual	.20*
Factor 7: Catarsis	.63
Factor 8: Reencuadre positivo	.72
Factor 9: Planeamiento	.46*
Factor 10: Humor	.61
Factor 11: Aceptación	.60
Factor 12: Religión	.66

Esta decisión se justificó tomando en cuenta que cada subescala del inventario Cope se compone únicamente de 2 ítems. A éste respecto, autores como Ribeiro (1999) indican que un alfa de Cronbach superior al .60 se considera un límite aceptable en casos cuando el número de ítems de la escala es muy bajo.

Así mismo, esta decisión es congruente con lo expuesto por autores como Nunnally (1978, citado en Carver, 1997) con referencia a varias de las subescalas del inventario Cope versión breve, que reportan índices de confiabilidad similares en las escalas que lo integran. Lo cual, de nuevo se justifica en función del pequeño número de ítems que integran cada subescala de esta versión del instrumento.

En relación con lo anterior, las 8 escalas del Cope versión breve, incluidas en esta investigación, obtuvieron adecuados índices de correlación entre ítems así como, de

correlación entre ítem-escala total corregida. Las cuales fueron superiores al .40, considerándose moderadas de acuerdo con los criterios establecidos por Cohen (1992).

En la Tabla 21 se presenta la versión final del inventario Cope, empleada para éste estudio y obtenida a partir de los análisis de confiabilidad realizados al instrumento, así como, el valor de las correlaciones ítem-escala total corregida, el cual fue el mismo para los dos ítems que conforman cada subescala, tal como, se observa en la tabla 21.

Tabla 21. Índices de confiabilidad y correlación ítem total de las subescalas del Cope.

Factor	Alfa de Cronbach	Correlación ítem total r_{it}
Factor 1: Afrontamiento activo	.62	.45
Factor 2: Negación	.67	.50
Factor 3: Uso de sustancias	.76	.62
Factor 4: Catarsis	.63	.46
Factor 5: Reencuadre positivo	.72	.57
Factor 6: Humor	.61	.48
Factor 7: Aceptación	.60	.42
Factor 8: Religión	.66	.52
Escala total	.71	-

A continuación se ofrece una descripción acerca de estas 8 subescalas que integraron el inventario Cope.

4. Descripción de las estrategias de afrontamiento (Cope) en la muestra estudiada.

De acuerdo con los resultados obtenidos a través del inventario Cope en su versión breve, se pudo constatar que a nivel general la estrategia de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia por los y las participantes en su totalidad, fue la religión ($M=6.98$, $DE=1.58$). Ésta estrategia fue seguida por la aceptación del infarto ($M=6.61$, $DE=1.82$). La tercera estrategia utilizada fue el afrontamiento activo ($M=5.87$, $DE=1.92$) y se encuentra en gran forma relacionada con la aceptación, pues implica la realización de acciones y esfuerzos para tratar de mejorar la situación presentada.

En este caso concreto implica la realización de una serie de acciones que se dirigen a modificar estilos de vida, así como, patrones comportamentales o emocionales que pueden presentar efectos adversos sobre la recuperación y la salud de la persona.

Relacionada con ésta última estrategia, se encontró la reinterpretación positiva del infarto ($M=5.83$, $DE=2.04$).

Seguidamente, continuaron las estrategias de negación del evento del infarto ($M=3.79$, $DE=1.96$), el desahogo ($M=3.24$, $DE=1.70$) y el humor, ($M=3.00$, $DE=1.50$). Finalmente, la estrategia que mostró la menor frecuencia de utilización, fue la utilización de sustancias como el alcohol u otras drogas ($M=2.23$, $DE=1.00$). Estos resultados se resumen en la Tabla 22 que se presenta a continuación.

Tabla 22: Distribución de las medias en las estrategias de afrontamiento obtenidas por la muestra total de participantes.

Muestra Total			
Estrategias de afrontamiento	N	M	DE
Religión	84	6.98	1.58
Aceptación	83	6.61	1.82
Afrontamiento Activo	83	5.87	1.92
Reinterpretación positiva	84	5.83	2.04
Negación	81	3.79	1.96
Desahogo	83	3.24	1.70
Humor	84	3.00	1.50
Uso de sustancias	84	2.23	1.00

Con el fin de evaluar posibles semejanzas o diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el infarto, por parte de las personas que presentan tal condición y sus parejas, se realizaron análisis de pruebas T para medias independientes.

Los principales hallazgos obtenidos en éste análisis permitieron conocer que no existen diferencias significativas ($p > .05$) entre las categorías de afrontamiento evaluadas en ambos grupos. Estos resultados se presentan en la tabla 23.

Tabla 23 Pruebas *t* de medias independientes para las estrategias de afrontamiento de acuerdo con el tipo de sujeto.

Estrategias de afrontamiento	Persona con infarto			Pareja				<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>		
Religión	42	7.00	1.63	42	6.95	1.54	82	-.137,($p=.89$)	0.03
Aceptación	42	6.59	1.91	42	6.63	1.74	81	.097,($p=.92$)	0.02
Afrontamiento Activo	41	5.56	1.83	42	6.19	1.97	81	1.504,($p=.13$)	0.33
Reinterpretación	42	5.61	1.87	42	6.04	2.19	82	.962,($p=.33$)	0.21
Negación	42	3.90	2.07	42	3.68	1.86	79	-.496, ($p=.62$)	0.11
Desahogo humor	42	3.36	1.98	42	3.11	1.38	81	-.659,($p=.51$)	0.14
Uso de sustancias	42	3.14	1.57	42	2.85	1.44	82	-.869, ($p=.38$)	0.19
	42	2.26	.98	42	2.21	1.02	82	-.217, ($p=.83$)	0.05

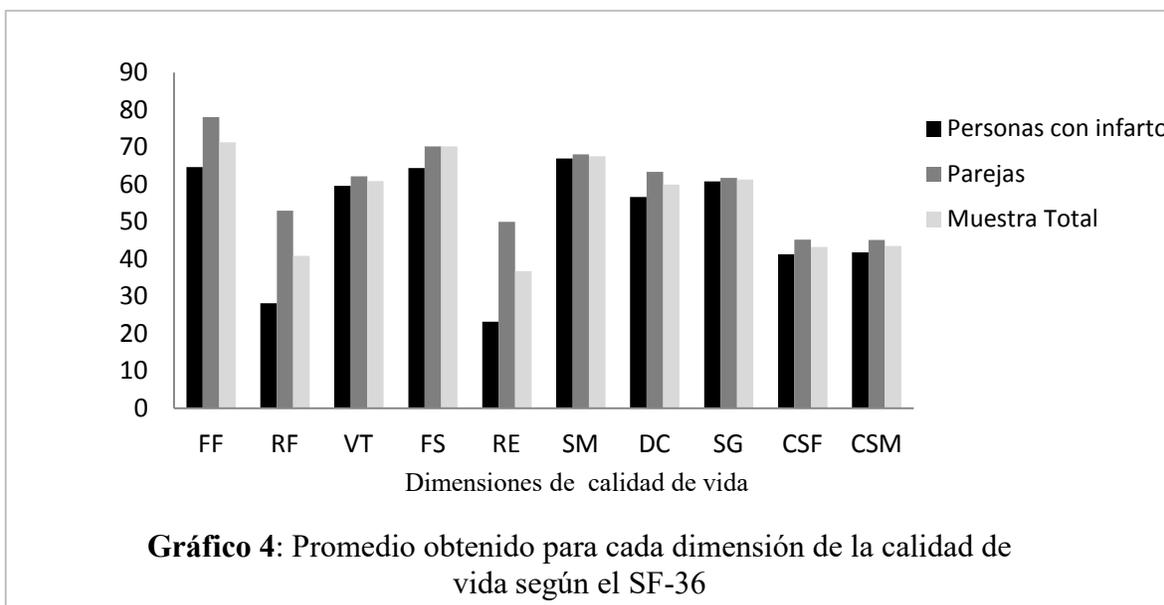
Esto quiere decir que tanto las personas que sufrieron el infarto como sus parejas, utilizaron estrategias similares para hacerle frente al evento coronario acontecido.

5. Descripción de la calidad de vida de acuerdo con el cuestionario (SF-36) en la muestra estudiada.

En el caso de la persona con infarto, se observó que la dimensión que obtuvo el mayor puntaje en la calidad de vida, fue la dimensión de salud mental ($M=66.95$, $DE=22.62$). Seguida por la función física ($M=64.64$, $DE=24.85$), función social ($M= 64.37$, $DE=32.46$), salud general ($M=60.83$, $DE=21.03$), vitalidad ($M=59.63$, $DE=22.42$) y dolor corporal ($M=56.67$, $DE=25.82$).

Por otra parte, las dimensiones que obtuvieron los peores puntajes en calidad de vida, fueron la dimensiones de rol físico ($M=28.12$, $DE=34.52$), y rol emocional ($M=23.17$, $DE=37.24$).

En lo que respecta a las parejas, el puntaje más alto lo obtuvo la dimensión de función física ($M=78.04$, $DE=22.01$), seguido de función social ($M=78.04$, $DE=22.01$), salud mental ($M=68.09$, $DE=19.88$), dolor corporal ($M=63.33$, $DE=20.79$), vitalidad ($M=62.14$, $DE=18.93$), salud general ($M=61.08$, $DE=17.73$), rol físico ($M= 52.97$, $DE=44.24$) y rol emocional ($M=50$, $DE=48.13$). En el caso de los 2 componentes globales de salud mental y físico, tal y como se puede apreciar en el gráfico 4, ambos puntuaron muy similar en los dos grupos.



Con el fin de analizar posibles contrastes entre las dimensiones de calidad de vida entre las personas con infarto y sus parejas, se llevaron a cabo medidas de pruebas T para medias independientes, entre todas las dimensiones y cada grupo de participantes.

Los principales resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con infarto y sus parejas únicamente en las medidas de función física, t

(81)=2.59, $p=.01$, $d=.57$, rol físico, $t(77)=2.84$, $p=.006$, $d=.62$, y rol emocional $t(77)=2.84$, $p=.006$, $d=.62$.

Estos resultados indicaron que las personas con infarto presentaron peores niveles en la calidad de vida después del infarto, en las dimensiones antes mencionadas. Así por ejemplo, en el caso de la función física, estos presentaron mayores limitaciones para realizar actividades físicas como caminar, correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos, entre otros.

En el caso específico del rol físico y el rol emocional, las personas con infarto, reportan mayores problemas y limitaciones en la ejecución de actividades relacionadas con el trabajo, que los hace requerir de un mayor esfuerzo para realizarlas, e inclusive experimentar reducciones en el tiempo que dedican a las mismas, por causa de su salud física o de algún aspecto emocional como el sentirse deprimido o ansioso.

Por otra parte, en el resto de dimensiones de la calidad de vida no se encontraron diferencias significativas ($p>.05$) entre ninguno de los dos grupos. Indicando que a nivel general, la calidad de vida después de un infarto, es muy similar tanto para la persona que lo experimenta como para su pareja. Estos resultados se resumen en la Tabla 24.

Tabla 24. Pruebas t de medias independientes para las medidas de auto-reporte según el tipo de sujeto.

	Persona con infarto			Pareja			gl	t	d
	n	M	DE	n	M	DE			
Función Física	42	64.64	24.85	41	78.04	22.01	81	2.59*	0.57
Rol Físico	40	28.12	34.52	42	52.97	44.24	77	2.84*	0.62
Vitalidad	41	59.63	22.42	41	62.14	18.93	81	.551	0.12
Función Social	40	64.37	32.46	39	70.19	29.33	77	.835	0.18
Rol Emocional	41	23.17	37.24	42	50.00	48.13	77	2.84*	0.62
Salud Mental	42	66.95	22.62	41	68.09	19.88	81	.245	0.05

Dolor Corporal	42	56.67	25.82	42	63.33	20.79	82	1.30	0.28
Salud General	42	60.83	21.03	42	61.78	17.73	82	.224	0.04
CSF	37	41.29	8.30	37	45.17	9.10	72	1.91	0.44
CSM	37	41.83	11.64	37	45.12	9.85	72	1.31	0.30

* $p < .05$

6. Relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida.

Con el propósito de cumplir con uno de los objetivos principales de la investigación, se realizaron análisis de correlación bivariada de Pearson (Meyers et al., 2006), con el fin de evaluar posibles asociaciones estadísticas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el infarto por las personas con dicha condición y sus parejas. Con respecto al nivel de calidad de vida, también se emplearon análisis de correlación de Pearson para cada uno de los grupos específicos (Meyers et al., 2006).

Es importante indicar que debido a que los índices de confiabilidad evidenciados por el inventario Cope en varias de sus subescalas no fueron los más adecuados (escalas con alfas de Cronbach entre 0.60 y 0.70) tales hallazgos deben ser tomados con cautela.

Persona con infarto

Los resultados obtenidos mostraron que el desahogo presentó asociaciones significativas y negativas con todas las dimensiones de la calidad de vida, excepto con el rol físico. De esta forma, éste correlaciono negativamente con la salud mental tanto en su dimensión específica ($r=-.54, p=.000$), como componente global CSM ($r=-.43, p=.008$). También se asoció con la salud general ($r=-.37, p=.015$), la vitalidad ($r=-.35, p=.026$), el dolor corporal ($r=-.52, p=.000$), la función social ($r=-.37, p=.018$), el rol emocional ($r=-.31,$

$p=.045$), la función física ($r=-.37$, $p=.016$) y el componente global de salud física CSF ($r=-.43$, $p=.008$).

Todas estas relaciones fueron negativas e indicaron que una menor utilización del desahogo como estrategia de afrontamiento se asoció con una mayor calidad de vida evidenciada. Por otra parte, la reinterpretación positiva ($r=.33$, $p=.028$) y la religión ($r=.37$, $p=.013$), mostraron ambas una correlación positiva con la salud general, indicando que una mayor utilización de estas estrategias, se asoció con una mayor salud general después del infarto.

Finalmente, la aceptación fue la estrategia que mostró mayores asociaciones significativas y positivas con las dimensiones de la calidad de vida. Así por ejemplo, mostró correlaciones con el dolor corporal ($r=.42$, $p=.005$), salud general ($r=.46$, $p=.002$), salud mental ($r=.31$, $p=.040$), función social ($r=.34$, $p=.028$), función física ($r=.36$, $p=.018$), CSF ($r=.48$, $p=.002$) y CSM ($r=.34$, $p=.035$). En el caso del dolor, éste resultado significa que una mayor aceptación del infarto, se asoció con un mejor índice de calidad de vida en dolor corporal, es decir, una menor intensidad de éste.

Esto quiere decir que las personas que aceptan el evento del infarto presentan un mejor estado de salud en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

Los resultados anteriores permitieron identificar dos estrategias de gran importancia, como lo fueron el desahogo y la aceptación. Estos resultados se detallan a continuación en la tabla 25.

Tabla 25. Matriz de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de la calidad de vida en personas con infarto

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.Afrontamiento activo	1																	
2.Negación	.455	1																
3. Uso de sustancias	.066	.197	1															
4. Desahogo	.351	.497	.037	1														
5.Reinterpretación p	.515	.162	.029	-.021	1													
6. Humor	.014	.130	-.103	.094	.160	1												
7. Aceptación	.223	.028	-.033	-.209	.330	-.078	1											
8.Religión	.210	.058	.075	-.005	.270	-.123	.405	1										
9. Dolor	-.116	-.171	-.051	-.521**	.029	.162	.426**	.023	1									
10. Rol físico	-.202	-.271	-.080	-.295	.010	-.042	.298	.159	.416	1								
11. Salud General	.085	-.123	.083	-.377*	.339*	-.055	.469**	.379*	.546	.284	1							
12. Vitalidad	-.161	-.204	-.040	-.352*	.062	.086	.296	-.027	.698	.390	.500	1						
13. Salud mental	-.196	-.303	.078	-.541**	.092	.109	.319*	-.024	.815	.356	.578	.687	1					
14. Función Social	-.099	-.273	.023	-.378*	.015	.077	.347*	-.087	.756	.414	.419	.659	.748	1				
15. Rol emocional	-.104	-.201	-.070	-.318*	.196	-.070	.285	.133	.533	.771	.418	.594	.544	.564	1			
16. Función Física	-.105	.033	.083	-.374*	.133	-.046	.364*	.123	.654	.457	.549	.427	.676	.600	.483	1		
17. CSF	-.090	-.037	.010	-.435**	.139	-.051	.485**	.223	.771	.661	.716	.509	.618	.583	.511	.880	1	
18. CSM	-.094	-.316	.023	-.437**	.059	-.042	.347*	-.059	.771	.503	.472	.828	.873	.845	.772	.520	.507	1

** . Correlación es significativa al nivel 0.01 (2-colas).

* . Correlación es significativa al nivel 0.05 (2-colas).

Pareja

Finalmente, en el caso de las parejas, los análisis de correlación efectuados, entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, únicamente mostraron una asociación significativa entre la estrategia de aceptación y las dimensiones de función social ($r=-.33$, $p=.042$), y función física ($r=-.36$, $p=.021$).

Éste hallazgo, muestra que al contrario del grupo de personas con infarto, en las parejas, la aceptación del evento coronario se asocia con menores puntajes en estas dimensiones de la calidad de vida. Esto podría deberse a un posible efecto mediador de la aceptación con la calidad de vida, de manera que una mayor aceptación del evento permite a estas personas tomar una mayor conciencia acerca de los cambios que se deben de realizar para mejorar o conservar la salud de su cónyuge, demanda que a su vez, se encuentra determinada por la evaluación cognitiva que las parejas hacen de la misma, como desbordante o no.

Partiendo de los resultados anteriormente descritos, se observó que tanto para las personas con infarto, como para sus parejas, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción mostraron mayores asociaciones significativas con las dimensiones de la calidad, especialmente, la aceptación y el desahogo fueron las que presentaron la mayor relevancia para los participantes de éste estudio.

7. Resultados adicionales: Estrategias de afrontamiento, calidad de vida y su relación con variables sociodemográficas y factores de riesgo en la muestra estudiada.

Con el fin de obtener una mayor comprensión de las dos dimensiones evaluadas en éste estudio, correspondientes con las estrategias de afrontamiento y la calidad evidenciada por personas con infarto y sus parejas después del evento coronario, se consideró necesario incluir de forma adicional a ésta investigación, una serie de variables que no se habían contemplado en la metodología inicialmente, pero que tienen el objetivo de enriquecer los resultados obtenidos.

Para ello, en primer lugar se presenta una descripción acerca de los principales factores de riesgo y variables asociadas al infarto, presentes en la muestra. Posteriormente, en el caso de las estrategias de afrontamiento se presenta un apartado dónde se expone la relación de los resultados obtenidos en el Cope con las variables sociodemográficas.

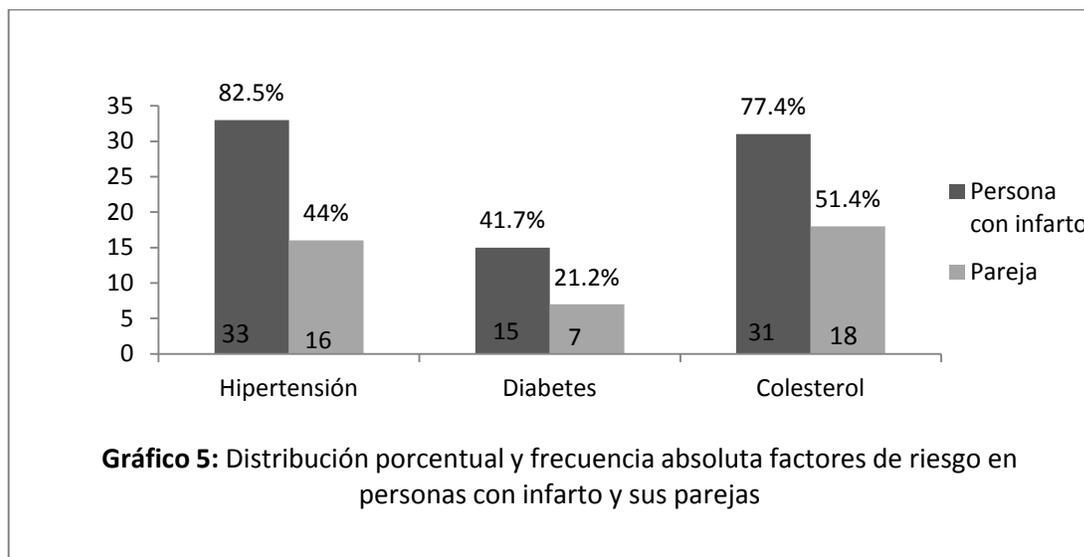
Seguidamente, se presentan los resultados de la relación de la calidad de vida, con las variables sociodemográficas, y además, se incluyó una descripción acerca de la incidencia que los factores de riesgo coronario y las variables asociadas al infarto, pueden presentar sobre ésta variable.

7.1. Descripción de los factores de riesgo y variables asociadas al infarto, presentes en los y las participantes.

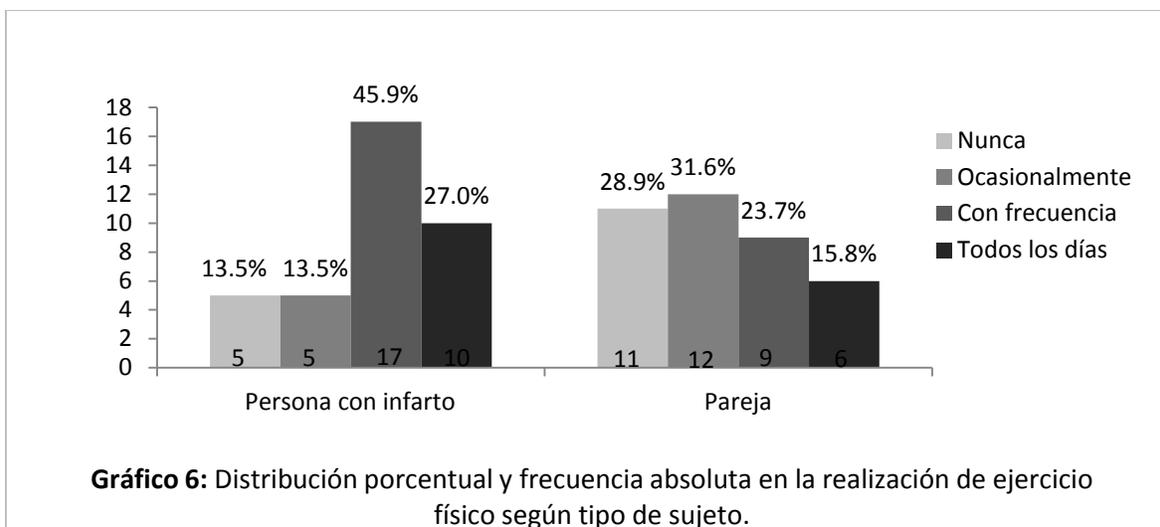
En éste apartado se describe la distribución de la muestra estudiada con respecto a los factores de riesgo coronario (consumo de tabaco, hipertensión, diabetes, y colesterol). Así mismo, en el caso de las personas que presentaron el infarto, se evaluó también, el tiempo transcurrido desde el infarto más reciente y el tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca.

Con el objetivo de conocer la distribución de la muestra de acuerdo con los diferentes factores de riesgo coronario, se llevaron a cabo análisis mediante chi cuadrada (χ^2) para conocer si existían diferencias significativas según el tipo de sujeto.

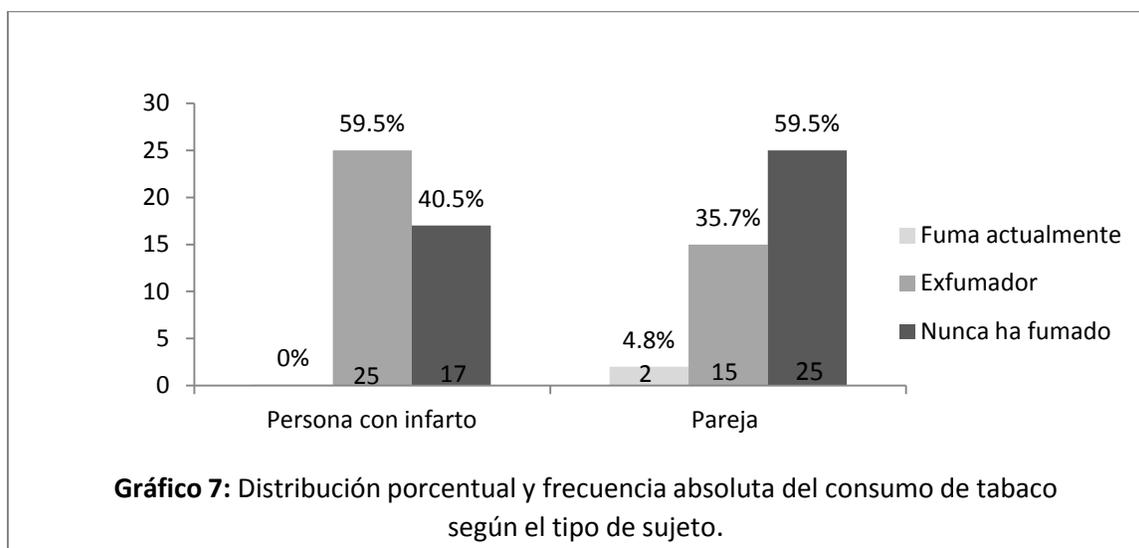
Los contrastes realizados permitieron observar que la persona con infarto reportó diagnóstico de hipertensión en mayor proporción comparado con su pareja $\chi^2=(1,N=76)=10.376$, $p=.001$. Esta misma relación se pudo observar en el caso del colesterol $\chi^2=(1, N=75)=4.510$, $p<.034$. Mientras que, la diabetes no reportó diferencias significativas entre ambos grupos $\chi^2=(1, N=69)=2.442$, $p=.118$. Estos resultados se muestran en el gráfico 5.



Por otra parte, los análisis efectuados reportaron diferencias significativas en la frecuencia de realización de ejercicio físico posterior al infarto $\chi^2=(3,N=75)=8.582$, $p<.005$. Siendo las personas con infarto las que realizan prácticas físicas en una mayor proporción. Estos resultados se presentan en el gráfico 6.



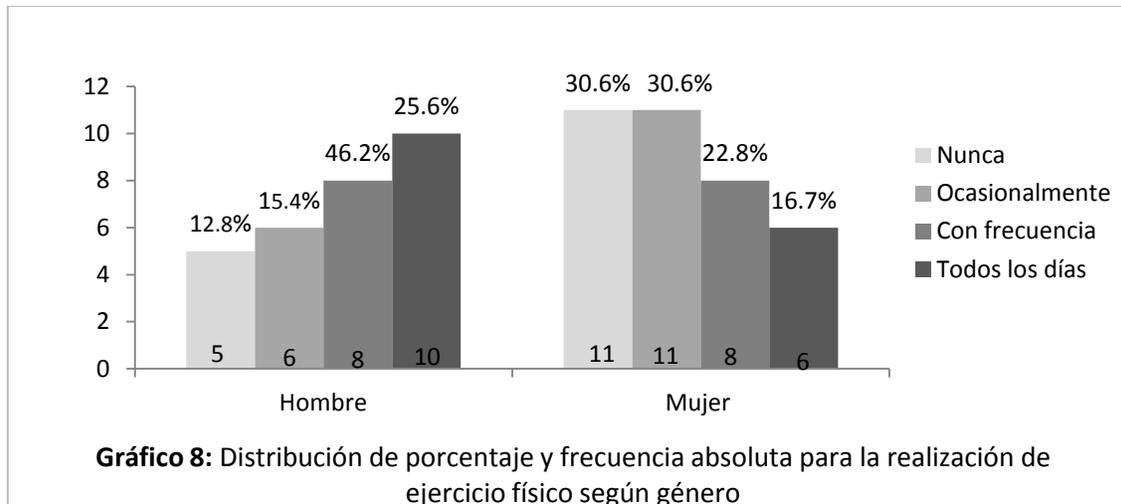
Así mismo, en el caso del tabaquismo también se reportaron diferencias significativas $\chi^2(2, N=84)=6.024, p<.005$, que constatan que las personas con infarto presentaban anteriormente un mayor consumo de tabaco (59.5%), en comparación con sus parejas (35.7%), tal y como se observa en el gráfico 7.



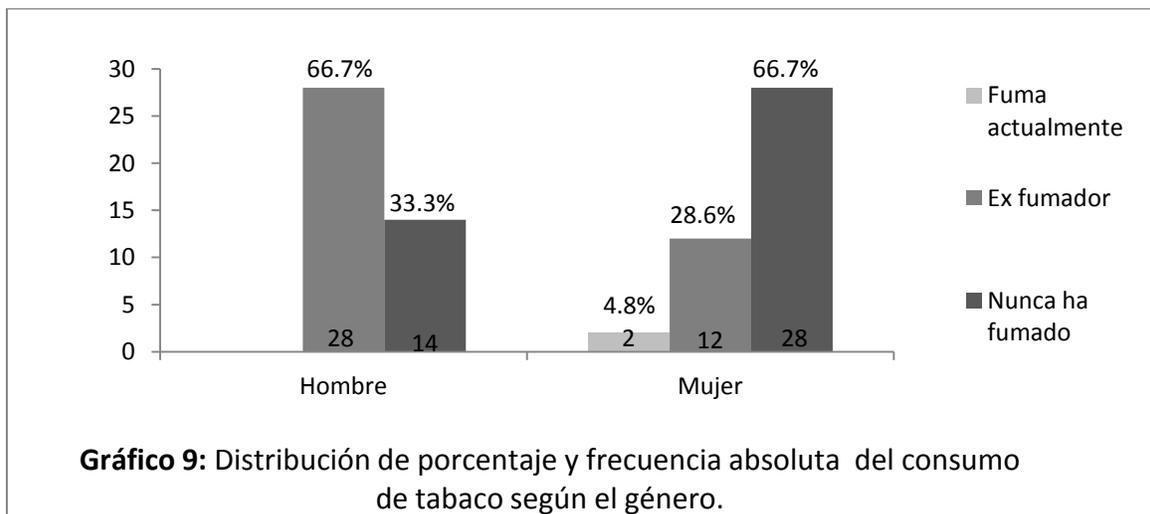
Por otra parte, los análisis de chi cuadrada efectuados con el fin de evaluar posibles interacciones entre el género a nivel general de la muestra y los factores de riesgo, no reportaron diferencias significativas en la distribución de la hipertensión

$\chi^2(1, N=76)=1.276, p>.05$, diabetes $\chi^2(1, N=69)=0.735, p>.05$ y colesterol $\chi^2(1, N=75)=1.683, p>.05$.

No obstante, sí se encontraron diferencias significativas en la distribución de frecuencia de ejercicio físico $\chi^2(3, N=75)=8.460, p<.005$. Esto indicó que las mujeres fueron más sedentarias en comparación con los hombres, tal y como muestra el gráfico 8.



En lo correspondiente al consumo de tabaco $\chi^2(2, N=84)=13.067, p<.001$, se reportó una diferencia significativa que indica que los hombres presentaban un mayor consumo anterior de tabaco (ex fumador), tal y como se aprecia en el gráfico 9.



Finalmente, en lo concerniente a la distribución de las características clínicas de las personas con infarto, se realizaron análisis descriptivos con tres variables que fueron la historia previa de infartos, el tiempo transcurrido desde el infarto más reciente y el tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca.

Es importante indicar que debido a que algunas de las personas presentaban más de un episodio de infarto, para efectos de ésta investigación, únicamente se tomó en consideración el infarto que se experimentó durante los últimos 6 meses, de acuerdo con el criterio de inclusión utilizado para el estudio.

Así, tal y como se puede apreciar en la Tabla 26, la mayoría de participantes (75.6%) presentaba únicamente un solo episodio de infarto.

Tabla 26. Distribución de las personas según historia previa de infartos.

		f	%
Historia previa de infartos	Un infarto solamente	31	75.6
	Dos infartos	4	9.8
	Tres infartos	5	12.2
	4 infartos o más	1	2.4
Total		41	100.0

Con respecto al tiempo transcurrido desde el infarto más reciente, la cantidad de personas se distribuyó de forma similar en cada uno de los 2 rangos temporales establecidos, tal y como se muestra en la tabla 27.

Tabla 27. Distribución de las personas según el tiempo transcurrido desde el infarto.

		f	%
Tiempo transcurrido desde el infarto más reciente	De uno a tres meses	22	52.4
	De tres a seis meses	20	47.6
Total		42	100.0

Finalmente, en lo que refiere al tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca, la mayoría de participantes 38 (90.5%) se encontraba iniciando su rehabilitación con cero a dos meses de asistencia, tal y como se puede observar en la Tabla 28.

Tabla 28. Distribución de personas según tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca

		f	%
Tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca	De cero a dos meses	38	90.5
	De dos a cuatro meses	4	9.5
Total		42	100.0

7.2. Estrategias de afrontamiento y variables sociodemográficas.

Con el fin de establecer si existían diferencias significativas entre las diferentes formas de afrontamiento utilizadas por las personas participantes y las variables sociodemográficas de edad, ingresos mensuales, nivel educativo y ocupación, se llevaron a cabo análisis no paramétricos de Anova de una vía de Kruskal Wallis, y para análisis post hoc, se aplicó el test de U de Mann Whitney con corrección de Bonferroni.

La selección de estos análisis se llevo a cabo debido a las diferencias en la distribución de los sujetos en las categorías que componen dichas variables, que indicaron una distribución anormal de la muestra en estas categorías.

A continuación se presentan los contrastes realizados para cada grupo de participantes.

Personas con infarto

Los resultados obtenidos a partir de los análisis de varianza no mostraron diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento y las variables de edad, ingresos mensuales, ni el nivel educativo de los y las participantes que presentaron el infarto.

Mientras que, la ocupación únicamente mostró diferencias significativas con la estrategia de aceptación $H(3)=7.916, p=.048, N=42$.

Ante tales resultados, la prueba de U de Mann-Whitney para dos muestras independientes acompañada por la corrección de Bonferroni $U=7.00, p=.005, r=.58$ mostró una diferencia significativa entre el grupo de personas que trabajan fuera del hogar, quiénes obtuvieron una suma de rangos de ($\sum R_2=259.00$) y el grupo de personas que se encuentran desempleadas con una suma de rangos de ($\sum R_2=17.00$).

Parejas

En este grupo, los resultados obtenidos a partir de los análisis de varianza entre las estrategias de afrontamiento y la edad, mostraron diferencias significativas solamente para la estrategia de humor $H(2)=9.94, p=.007, N=42$. Por lo que, la prueba de U de Mann-Whitney para dos muestras independientes acompañada por la corrección de Bonferroni, $U=18.00, p=.002, r=.57$, mostró que el grupo más joven (de 29 a 44 años) utilizó con menor frecuencia el humor como estrategia de afrontamiento de forma posterior al infarto, con una suma de rango de ($\sum R_2=135.00$), en comparación con el grupo de edad media (de 45 a 60 años), ($\sum R_2=271.000$).

Por otra parte, los contrastes realizados entre el nivel educativo y las estrategias de afrontamiento, únicamente evidenciaron diferencias significativas con la estrategia de religión $H(2)=6.56, p=.037, N=41$. Específicamente, el test de U de Mann-Whitney con corrección de Bonferroni, $U=43.50, p=.016, r=.43$, mostró que el grupo con escolaridad baja utilizó con mayor frecuencia la religión después del infarto con una suma de rangos de ($\sum R_2=416.50$), contrastado con el grupo con escolaridad alta, que obtuvo una suma de rangos de ($\sum R_2=79.50$), en la utilización de esta forma de afrontamiento.

En lo que respecta a la ocupación e ingresos mensuales, no se señalaron diferencias significativas con ninguna de las dimensiones de calidad de vida evaluadas, en este grupo.

Seguidamente, se desarrolla la descripción de la calidad de vida en la muestra estudiada.

7.3. Calidad de vida y las variables sociodemográficas

Con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida y las variables de edad, ingresos mensuales, nivel educativo y ocupación, se llevaron a cabo análisis no paramétricos de Anova de una vía de Kruskal Wallis, cuya selección se debió a las diferencias en la distribución anormal de los sujetos, en las categorías que componen las variables sociodemográficas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para las personas con infarto y las parejas.

Personas con infarto

En relación con la edad, los análisis de Kruskal Wallis, no indicaron diferencias significativas con ninguna de las dimensiones de la calidad de vida de las personas con infarto. Lo cual, indica que en este grupo de participantes, la edad no predice la calidad de vida después del infarto.

Por otra parte, la ocupación mostró diferencias significativas con la dimensión de rol físico de calidad de vida $H(3)=8.57$, $p=.035$, $N=40$. Por ello, se llevó a cabo un test de U de Mann-Whitney acompañada por corrección de Bonferroni. No obstante, éste no mostró diferencias significativas entre ninguno de los contrastes realizados.

En lo que respecta a las variables de ingresos mensuales y el nivel educativo, tampoco se observaron diferencias significativas en relación con ninguna dimensión de la calidad de vida.

A partir de tales resultados, se observó que para el grupo estudiado, las variables sociodemográficas no mostraron diferencias con respecto a la calidad de vida. Lo cual, sugiere que probablemente la calidad de vida puede encontrarse influida por otro tipo de factores, ajenos a los antes señalados. Así por ejemplo, estudios previos como el de Kristofferzon et al. (2005) indican que la calidad de vida se puede encontrar relacionada con factores, como la gravedad de la enfermedad, la presencia o no de comorbilidad coronaria, u otros factores de riesgo psicosocial como el apoyo social.

No obstante, la no obtención de resultados significativos entre estos contrastes, sugiere también la necesidad de seguir profundizando en el estudio de dichas variables utilizando muestras más grandes.

Parejas

En el caso de las parejas, la relación entre las variables sociodemográficas y las dimensiones de la calidad de vida, únicamente evidenció diferencias significativas con la variable de nivel educativo.

De esta forma, se encontró una diferencia significativa entre éste y la dimensión de salud general $H(2)=7.835$, $p=.020$, $N=41$. El test de U de Mann-Whitney acompañada por corrección de Bonferroni, $U=44.00$, $p=.005$, $r=.48$, mostró resultados significativos entre el grupo de nivel educativo bajo que obtuvo una suma de rangos de ($\sum R_2=320.00$), y el nivel educativo medio ($\sum R_2=241.00$).

Esto quiere decir, que las parejas que presentaron un nivel educativo de secundaria mostraron una peor salud general percibida, en comparación con aquellos que únicamente tenían estudios de primaria.

Con el fin de obtener una mayor comprensión de los factores que pueden encontrarse relacionados con la calidad de vida experimentada por los y las participantes se efectuaron análisis entre las dimensiones de la calidad de vida y los factores de riesgo coronario de hipertensión y diabetes. Los análisis realizados para cada grupo se muestran a continuación.

7.4. Calidad de vida y su relación con factores de riesgo coronario en las personas participantes.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de la realización de las pruebas *t* para muestras independientes, utilizando la diabetes y la hipertensión como variables independientes y las dimensiones de calidad de vida como variables dependientes.

La selección de estos dos factores de riesgo, se realizó tomando en cuenta que ambos constituyen dos enfermedades crónicas que además presentan una alta prevalencia y que se han asociado con mayores dificultades médicas posterior al evento coronario (Longo et al.,2012).

Personas con infarto

En el caso de las personas con infarto, los resultados mostraron que la diabetes no evidenció diferencias significativas con ninguna de las dimensiones de la calidad de vida evaluada. Mientras que, en el caso de la hipertensión, los resultados obtenidos indicaron diferencias significativas únicamente con la dimensión de función social $t(36)=-1.710, p=.025, d=0.83$.

De esta forma, las personas que presentan hipertensión indicaron un menor puntaje en su función social ($M=60.88$, $DE=34.26$), en comparación con quienes no presentaron ($M=83.92$, $DE=18.70$) tal condición de riesgo.

Estos resultados evidencian que la hipertensión además de constituir uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad coronaria, también puede afectar la calidad de vida de la persona, específicamente, en lo que refiere a la interferencia en actividades sociales con la familia y grupos de amigos.

Parejas

En el caso de las parejas, los resultados de estos análisis, no mostraron diferencias significativas con ninguna dimensión de la calidad de vida evaluada y la diabetes. Mientras que, la hipertensión únicamente evidenció diferencias significativas con la dimensión de salud general, $t(34)=-2.532$, $p=.016$, $d=0.85$. Lo cual, indicó que las personas que reportaron hipertensión ($M=54.37$, $DE=16.91$) presentaron un menor puntaje de salud general, en comparación con quienes no tenían la condición ($M=68.75$, $DE=16.92$). El resto de análisis realizados en ambos grupos, no mostraron diferencias significativas.

7.5. Calidad de vida, estrategias de afrontamiento y su relación con el tiempo transcurrido desde el infarto y tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca en personas con infarto.

Con el fin de evaluar una posible interacción entre el tiempo transcurrido desde la presentación del infarto más reciente, así como, el tiempo de asistencia rehabilitación cardíaca, con las diferentes dimensiones de la calidad de vida, se optó por realizar, un análisis de regresión lineal múltiple.

Los resultados del análisis de Anova efectuados no mostraron efectos significativos de ninguno de los dos criterios temporales sobre ninguna de las dimensiones de dolor $F(2,25)=.257$, $p=.77$, $R^2=.020$, rol físico $F(2,24)=.101$, $p=.90$, $R^2=.008$, salud general $F(2,25)=.303$, $p=.74$, $R^2=.024$, y función física $F(2,25)=.959$, $p=.40$, $R^2=.071$, relacionadas con el componente de salud física, tal y como señala la Tabla 29.

Tabla 29. Análisis de regresión utilizando ambos criterios temporales como variables independientes y las dimensiones de calidad de vida como variables dependientes.

	Dolor Corporal			Rol físico			Salud General			Función Física		
	R^2	β	p	R^2	β	p	R^2	β	p	R^2	β	p
1	.020	.083	.68	.008	.026	.90	.024	.101	.62	.071	.257	.20
2	.020	-.135	.51	.008	-.093	.65	.024	-.140	.49	.071	-.147	.46

Nota: **1** Tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca, **2** Tiempo transcurrido desde el infarto más reciente.

Estos mismos resultados se obtuvieron en el caso de las dimensiones de vitalidad $F(2,24)=.1.022$, $p=.40$, $R^2=.078$, rol emocional $F(2,24)=.826$, $p=.45$, $R^2=.064$, función social $F(2,23)=.683$, $p=.51$, $R^2=.056$, y salud mental $F(2,25)=.532$, $p=.59$, $R^2=.041$. En la tabla 30 se observa que los análisis de regresión tampoco mostraron diferencias significativas entre los criterios temporales y las dimensiones de calidad de vida relacionadas con el componente de salud mental.

Tabla 30. Análisis de regresión utilizando ambos criterios temporales como variables independientes y las dimensiones de calidad de vida como variables dependientes.

	Vitalidad			Rol Emocional			Función social			Salud Mental		
	R^2	β	p	R^2	β	p	R^2	β	p	R^2	β	p
1	.078	.28	.16	.064	.146	.47	.056	.244	.25	.041	.184	.36
2	.078	-.07	.72	.064	.181	.37	.056	-.057	.78	.041	-.133	.51

Nota: **1** Tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca, **2** Tiempo transcurrido desde el infarto más reciente.

En esta misma dirección, tampoco se observaron diferencias significativas entre ambos criterios temporales y los componentes específicos de salud física (CSF) $F(2,21)=.598, p=.55, R^2=.054$ y salud mental (CSM) $F(2,21)=.573, p=.57, R^2=.052$.

Los resultados anteriores, indican que ni el tiempo transcurrido desde el infarto más reciente, ni el de asistencia a rehabilitación cardíaca, lograron explicar la calidad de vida de las personas que participaron en este estudio. Lo cual, probablemente se deba a que la calidad de vida en estos participantes se pudo encontrar influenciada por otro tipo de variables, ajenas a los criterios aquí señalados.

Por otra parte, el tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca y el transcurrido desde el infarto más reciente, tampoco mostraron diferencias significativas con respecto a ninguna de las estrategias evaluadas, ya sea, que éstas se clasificarán como centradas en la emoción o en el problema.

Estos resultados se muestran a continuación: afrontamiento activo $F(2,39)=.200, p=.82, R^2=.010$, negación $F(2,38)=1.432, p=.25, R^2=.070$, uso de sustancias $F(2,39)=1.366, p=.26, R^2=.065$, desahogo $F(2,39)=2.346, p=.10, R^2=.10$, reinterpretación positiva $F(2,39)=.290, p=.75, R^2=.015$, humor $F(2,39)=.008, p=.99, R^2=.000$, aceptación $F(2,38)=.919, p=.40, R^2=.046$ y religión $F(2,39)=.260, p=.77, R^2=.013$.

En el siguiente apartado se ofrecen las principales limitaciones que se encontraron en la realización del estudio, seguidamente se presenta la discusión de los resultados.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido a que el diseño de la presente investigación fue de carácter transversal, no es posible establecer relaciones causales entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en la muestra estudiada, por lo que los resultados deben considerarse a la luz de esta limitante.

Asimismo, otra limitación de este estudio, es que debido a las dificultades metodológicas que se encontraron en el proceso de recolección de la muestra. Los resultados obtenidos únicamente incluyeron a personas asistentes a programas de rehabilitación y habitantes de 3 provincias del gran área metropolitana (GAM). Por lo que los resultados obtenidos no pueden generalizarse a otras poblaciones con características sociodemográficas o clínicas, diferentes a las presentadas por la muestra utilizada para efectos de éste estudio.

Otro aspecto importante, es que debido a que los índices de confiabilidad mostrados en varias subescalas del inventario de afrontamiento Cope no se mostraron lo suficientemente adecuados. Los resultados obtenidos en torno a las estrategias de afrontamiento en este estudio deben ser interpretados con cautela.

Por otra parte, en el caso de la medición de la calidad de vida, los resultados únicamente se tomaron en consideración a partir de los datos obtenidos por medio de los autorreportes suministrados por los y las participantes. Por lo que, se considera importante que investigaciones futuras permitan triangular la información obtenida a partir de los autorreportes, con otros marcadores de calidad de vida evaluados en los programas de rehabilitación cardíaca. Igual para el caso de las parejas.

DISCUSIÓN

De cara a la presentación de una enfermedad coronaria como lo es un infarto agudo del miocardio, se ha comprobado que existen diversas variables psicosociales que pueden influir en su proceso de recuperación (Laham, 2008). Éste aspecto, aunado al hecho de que la pareja puede experimentar una afectación emocional similar a la de la persona que sufrió el infarto, y que ésta constituye una de las principales fuentes de apoyo social ante la presentación del evento coronario (Varela, 2011). Es que se plantea la necesidad de conocer en qué medida las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada miembro de la pareja, se relacionan con el nivel calidad de vida experimentada después del infarto.

a) Descripción de los y las participantes del estudio.

Con respecto a las características sociodemográficas de edad, género, nivel educativo, e ingresos mensuales. Se observó que las personas con infarto presentaron diferencias significativas ($p=.000$) entre la proporción de tal condición coronaria según el género.

De esta manera, los hombres representaron un 76.2% del total de infartos de éste grupo. Estos datos son confirmados por autores como Ramakrishanan et al. (2011), quienes indican que una mayor prevalencia de la enfermedad coronaria en el género masculino, puede deberse a la interrelación de una serie de condiciones ambientales, hormonales y genéticas, que los hace más propensos a experimentarla.

Por otra parte, en relación con la edad, los resultados obtenidos mostraron en las personas con infarto una edad promedio de 56 años ($DE=9.86$). Lo cual evidencia una tendencia de éste padecimiento a presentarse en poblaciones cada vez más jóvenes. Así por

ejemplo, investigaciones realizadas anteriormente en población costarricense, indicaron que la mayor prevalencia de infartos, se encontraba en grupos etarios superiores a los 65 años (Leal et al., 2005). Por lo cual, los resultados obtenidos en este estudio podrían deberse a un patrón de comportamiento social que ha venido mostrando una mayor disminución en el mantenimiento de estilos de vida cardiosaludables (Asociación Americana del Corazón, 2011).

En lo que respecta al nivel educativo, un 59.8% del total de la muestra presentó un nivel de escolaridad básica, resultado que evidenció diferencias significativas con los ingresos mensuales. De forma que, un nivel educativo de primaria demostró en mayor proporción ingresos mensuales inferiores a los 300.000 mil colones, correspondientes al rango más bajo.

En relación con estos resultados, autores como Fuster et al. (2011) y Nabi et al. (2008), han demostrado la existencia de un gradiente socioeconómico en el origen de la enfermedad coronaria. Indicando que son las poblaciones con menor nivel educativo e ingresos económicos, los que debido a una serie de disposiciones ambientales que se relacionan con estilos de vida poco saludables, los que presentan un mayor riesgo de desarrollar este tipo de padecimientos (Govil et al., 2009 y Stringhini et al., 2010).

Aunado a lo anterior, Franks et al. (2011), argumentan también que debido al tipo de condiciones psicosociales que rodean a este sector de la población, es probable que muestren una mayor prevalencia de factores de riesgo psicosocial, como depresión, hostilidad y estrés percibido. Elementos que se ha identificado también pueden contribuir de forma sustancial con el desarrollo de la enfermedad coronaria (Krantz & McCeney, 2002).

b) Descripción de las estrategias de afrontamiento en la muestra estudiada.

De acuerdo con las formas de afrontamiento descritas por Lazarus y Folkman (1984), las personas participantes en esta investigación, tanto quienes sufrieron el infarto, como sus parejas, utilizaron con mayor frecuencia la religión como estrategia de afrontamiento ($M=6.98$, $DE=1.58$).

Estos resultados indican la relevancia que las creencias religiosas y acciones concretas como orar o rezar, representan para las personas ante la aparición de un evento coronario. Estos hallazgos son confirmados por investigaciones como la de Sánchez (2011), que encontró en una muestra Costarricense, que la religión es el tipo de afrontamiento más utilizado ante la vivencia del evento cardiovascular, ayudando a las personas a enfrentar la misma, así como, a encontrarle un significado a su vivencia.

En consistencia con lo anterior, la utilización de la religión en ésta muestra, es probable que se encuentre relacionada con una mayor reinterpretación positiva del evento coronario. A este respecto, Lazarus y Folkman (1984), indican que tal relación puede comprenderse a partir del proceso de evaluación secundaria que se realiza ante un estímulo estresante, y que tiene el objetivo de determinar los recursos y opciones con que se cuenta para hacer frente a un evento estresante, y dentro de los cuales, las creencias personales constituyen un rol fundamental.

De esta forma, teniendo en cuenta el papel que la religión evidenció en los participantes, es posible que ésta pueda haber influido en el proceso de evaluación secundaria, determinando otras formas de afrontamiento utilizadas, tales como, la reinterpretación positiva del evento ($M=5.83$, $DE=2.04$), y subsecuentemente, la aceptación del mismo, que a su vez constituyó la segunda estrategia en orden de utilización ($M=6.61$,

$DE=1.82$), y presentó la mayor cantidad de asociaciones significativas con las dimensiones de calidad de vida.

En relación con éste resultado, estudios previos como el de Garnefski et al. (2009), indican que la aceptación ha demostrado ser una estrategia que favorece el ajuste después de un episodio de infarto, asociándose con una menor prevalencia síntomas negativos como la depresión.

En este sentido, Laham (2008), señala que la ventaja adaptativa que demuestra la aceptación después de un infarto, radica en que ésta permite a la persona con enfermedad coronaria generar una mayor conciencia sobre su situación de enfermedad. Lo cual es un paso esencial que posibilita el reconocimiento de la necesidad de recibir ayuda y de realizar cambios en el estilo de vida.

Desde este enfoque, la aceptación no se entiende como la observación pasiva de la realidad de la enfermedad, sino, de que el reconocimiento de la condición coronaria es necesario para alcanzar el estado deseado de salud, bienestar y calidad de vida (Laham, 2008).

En esta línea, Rodríguez et al. (1993), indican que la utilidad adaptativa de este tipo de estrategias, radica en que permiten a la persona tomar una distancia emocional con respecto a ciertas reacciones como la ansiedad y el estrés, e ir asimilando poco a poco el evento.

A este respecto, Kristofferzon, Lofmark y Carlsson (2004), indican que a pesar de que el afrontamiento centrado en el problema ha evidenciado ser más adaptativo después de un infarto, sus beneficios han mostrado una mayor eficacia a largo plazo, permitiendo realizar acciones que posibiliten lograr cambios permanentes en el estilo de vida.

Por esta razón, se considera que las estrategias centradas en la emoción resultan beneficiosas en los primeros meses posteriores al infarto. No obstante, el afrontamiento centrado en el problema resulta ser más funcional a largo plazo en el proceso de recuperación.

En este sentido, el afrontamiento activo ($M=5.87$, $DE=1.92$), consistió en la única estrategia de afrontamiento centrada en el problema utilizada por los y las participantes. A éste respecto, Sandín (2003), indica que la utilización de las estrategias centradas en el problema son más eficaces cuando la situación es valorada como susceptible de modificarse. Sin embargo, cuando la situación es valorada como irreversible, las estrategias centradas en la emoción se consideran más eficientes, tal y como, sucede en éste estudio con el caso de la aceptación y la reinterpretación positiva.

Otras estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que reportaron una menor frecuencia de utilización, fueron la negación del evento ($M=3.79$, $DE=1.96$), lo cual, es congruente con los resultados mostrados para la aceptación, el desahogo ($M=3.24$, $DE=1.70$) y el humor ($M=3.00$, $DE=1.50$). Mientras que, estrategias como el uso del alcohol o drogas ($M=2.23$, $DE=1.00$) reportaron una utilización muy escasa.

Finalmente, en lo que respecta a la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con infarto, y sus parejas, los resultados obtenidos a partir de las pruebas t para medias independientes, permitieron conocer que no existen diferencias significativas ($p>.05$) entre las estrategias de afrontamiento evaluadas en ambos grupos.

Éste resultado, probablemente se deba a que ambos miembros de la pareja comparten factores sociodemográficos y ambientales muy similares, que pueden influir el desarrollo de las mismas estrategias de afrontamiento ante el infarto.

En relación con éste resultado, autores como Ledermann et al. (2007), han determinado que la congruencia o discrepancia de las estrategias de afrontamiento entre los miembros de la pareja han demostrado ser relevantes tanto para la satisfacción marital, como para el bienestar personal. Evidenciando que una mayor congruencia entre las estrategias reportadas por ambos cónyuges, se ha asociado con un mayor bienestar y satisfacción dentro de la relación, lo cual, podría haber influido de forma positiva en los resultados obtenidos en la calidad de vida.

A este respecto, Randall et al. (2009), indican que la posible explicación de por qué las estrategias de afrontamiento de un miembro de la pareja puede influenciar las del otro, se debe a que entre ambos se gestan creencias y percepciones como respuesta a la enfermedad, mismas que pueden afectar la proporción de apoyo social prestado, o el estilo de comunicación que se desarrolle para lidiar con la enfermedad. No obstante, debido a que los objetivos de éste trabajo no estaban en función de las mediciones de tales variables, dicha relación no puede asegurarse con certeza para la muestra estudiada.

c) Descripción de la calidad de vida (SF-36) en la muestra estudiada.

Con respecto a los resultados obtenidos en la descripción de la calidad de vida en las personas que presentaron el infarto, se encontró que posterior al evento coronario, se presentó un nivel similar de afectación en la calidad de vida, en el componente global de salud física, y el componente global de salud mental.

Específicamente, se observó que las dimensiones que obtuvieron los peores puntajes en cada una de estos componentes, fueron respectivamente, el rol físico, y el rol emocional.

Estos resultados evidencian en el caso del rol físico que obtuvo un puntaje de 28.12 ($DE=34.52$), las principales dificultades relacionadas con la calidad de vida después del

infarto, tienen que ver con la presencia de dificultades para realizar trabajos o actividades cotidianas que requieren de un esfuerzo variable. Por ejemplo, se reporta que después del infarto se experimenta una mayor reducción del tiempo que dedicaban al trabajo u otras actividades, así como, mayores limitaciones con respecto al tipo de trabajo que podían realizar, a causa de su salud física.

Por otra parte, en el caso del rol emocional que obtuvo un puntaje de 23.17 ($DE=37.24$), se describen las mismas limitaciones y dificultades relacionadas con el trabajo o actividades cotidianas de los participantes, pero esta vez, ya no por algún problema físico, sino, a causa de alteraciones de carácter emocional como sentirse deprimido(a) o ansioso(a).

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Waszkowska y Szymczak (2009), quienes indican que después de un infarto al miocardio, especialmente, en los meses próximos al mismo, las personas suelen experimentar una disminución en actividades recreativas, laborales e inclusive sexuales.

Lo cual, según Laham (2008), se puede relacionar con el hecho de que después del infarto, se presentan reacciones cognitivas tales como, preocupación e incertidumbre acerca del futuro, su situación y reincorporación laboral.

Un dato de interés a la luz de estos resultados, es expuesto por Brink, Brandstrom, Cliffordsson, Herlitz y Karlson (2008), quienes postulan que la reinserción laboral después de un infarto, es una parte esencial de su recuperación social y mental, e incluso se le ha asociado con una mejoría en la calidad de vida en comparación con quienes no logran reincorporarse al trabajo después del infarto.

No obstante, de acuerdo con Brink et al. (2008), se ha evidenciado que aún después de la reinserción laboral, el desempeño emocional continúa presentando diversas

alteraciones, que provienen del desajuste existente entre las demandas laborales y la disminución en el desempeño laboral que la persona experimenta posterior al evento. Lo cual, puede derivar en una enorme carga de estrés laboral, producto del sobreesfuerzo que la persona realiza para adaptar su rendimiento a las demandas laborales (Brink et al., 2008).

Una reflexión en torno a este aspecto, es que tal y como se evidenció en el presente estudio, las poblaciones con menor nivel educativo, debido a las escasas oportunidades laborales a las que pueden aspirar, es probable que presenten una mayor inserción en un sector laboral informal. Éste aspecto, en el caso específico del contexto de la enfermedad coronaria, podría representar una condición que deja económicamente desprotegidas a estas personas y a sus familias. Especialmente, cuando no se cuenta con un seguro social que respalde un período de incapacidad laboral prolongado, ya sea, temporal o permanente, cuando la enfermedad así lo requiere. Además de constituir un posible factor de riesgo, debido a al estrés que puede producir.

Todo lo anterior, pone de manifiesto la imperiosa necesidad de que las personas que experimentan un infarto, puedan acceder oportunamente a servicios de rehabilitación y terapia ocupacional, con el fin de optimizar su proceso de adaptación y recuperación en los distintos ámbitos de su vida.

No obstante, una de las principales limitantes encontradas en nuestro país consiste en los pocos centros de rehabilitación cardíaca existentes. Así como, la presencia de otro tipo de barreras de orden laboral. Por mencionar un ejemplo, Loáisiga et al. (2008), en un estudio efectuado en el programa de rehabilitación cardíaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia, señalaron que uno de los factores que los participantes indicaban que más interfirieron con su permanencia en el programa de rehabilitación cardíaca, tenía que ver precisamente con los permisos otorgados en su trabajo.

Por otra parte, con respecto al resto de mediciones de la calidad de vida, en el caso de las dimensiones que integran el componente global de la salud física, el puntaje más alto lo obtuvo la función física con un promedio de 64.64 ($DE=24.85$). Esta dimensión incluye la realización de aspectos de la vida diaria como (acostarse, limpiar, ir de compras, caminar, subir escaleras, entre otras).

Según Longo et al. (2012), éste resultado puede explicarse debido a que las posibles repercusiones que se pueden experimentar después de un infarto al miocardio, pueden depender de varios factores como el tamaño del músculo cardíaco afectado y la edad de la persona. En este sentido, se recalca que en ausencia de otras complicaciones de salud asociadas, se espera que la parte del miocardio que no ha sido afectada le permita al corazón realizar su función en forma adecuada, sin interferir en mayor medida la ejecución de las actividades cotidianas de la persona, tal y como, lo reflejan estos resultados.

En relación con el resultado anterior, la dimensión de salud general obtuvo un puntaje de 60.83 ($DE=21.03$). Lo cual, indicó que las personas con infarto percibieron una valoración mayormente positiva de su estado de salud en el momento en que se realizó la investigación.

Este hallazgo se encuentra relacionado con el de Failde y Soto (2006), quiénes reportaron que las personas con un único historial de infarto, tal y como sucede con la mayoría de participantes de éste estudio, tienden a percibir el evento coronario como menos terrible y amenazante, en comparación con personas que presentan otro tipo de comorbilidades cardíacas u historia previa de enfermedad coronaria.

Finalmente, siguió la dimensión de dolor corporal con un puntaje de 56.67 ($DE=25.82$). Esto indica que la población no experimentó grandes limitaciones en sus actividades cotidianas, asociadas con la severidad del mismo.

En relación con los resultados anteriormente descritos, se debe de tener en consideración el hecho de que casi el total de los participantes se encontraban asistiendo a rehabilitación cardíaca en el momento en que se realizó la investigación. Lo cual, se cree pudo haber afectado en dirección positiva los resultados obtenidos en las dimensiones de la calidad de vida evaluadas.

Para confirmar lo anterior, Loáisiga et al. (2008), indicaron que en el contexto de la rehabilitación cardíaca, el ejercicio físico supervisado por 3 a 6 meses, es capaz de aumentar el consumo de oxígeno entre un 11 a 36%, presentando efectos beneficiosos sobre el acondicionamiento físico, la capacidad funcional y por lo tanto, la calidad de vida de las personas que lo practican.

Así mismo, el hecho de que en la mayoría de los casos, la aparición del infarto está relativamente reciente, éste resultado también pudo haber afectado que las personas se encuentren bajo una mayor motivación para realizar cambios en su estilo de vida, afectando de forma positiva su nivel de calidad de vida en el momento de la investigación.

En lo que respecta a las dimensiones que integran el componente global de salud mental, se observó que la dimensión que mostró mejor puntaje en la calidad de vida fue la salud mental, con un promedio de 66.95 ($DE=22.62$). Éste resultado puede relacionarse con el hecho de que la totalidad de participantes vivían en una relación de pareja. Tal y como, se ha encontrado en otros estudios Kristofferzon, Lofmark y Carlsson (2008), en dónde se señala que el apoyo social que recibe la persona posterior al infarto constituye un recurso fundamental que puede influir de forma positiva la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida a los 4 y 6 meses del evento coronario.

Aunado a lo anterior, se plantea la posible explicación de que la asistencia regular de 2 a 3 veces por semana a un programa de rehabilitación cardíaca, puede también

proporcionar fuentes de apoyo social extensas, tales como los compañeros(as) de rehabilitación y los profesionales de salud.

De esta forma, aunque no se tomaron medidas específicas del apoyo social sobre la calidad de vida para confirmar esta posible explicación. A la luz de la teoría existente, se postula que el apoyo social puede actuar amortiguando los sentimientos de preocupación u otras reacciones emocionales adversas que usualmente se tienden a presentar después del infarto.

Así mismo, en esta misma dirección se puede considerar el efecto beneficioso que la realización de ejercicio físico regular puede desempeñar en torno al estado emocional de la personas (Morel, 2008).

En cuanto a la dimensión de la función social, el puntaje observado fue de 64.37 ($DE=32.46$), indicando que las personas no experimentaron limitaciones mayores en las actividades sociales con sus amigos o familiares, debido a problemas con su salud física y emocional.

Éste resultado, probablemente se deba a que al evaluar su estado de salud general de forma positiva, es posible que tampoco se percibieran limitaciones en relación con su desempeño social.

Finalmente, la puntuación más baja fue para la dimensión de vitalidad con un puntaje de 59.63 ($DE=22.42$), lo cual indica una baja presencia de sentimientos de cansancio y agotamiento posterior al infarto. Resultados que se encuentran relacionados con el perfil general obtenido por estas personas en estas dimensiones.

A nivel general, los resultados obtenidos por los participantes que presentaban infarto en las dimensiones de su calidad de vida, concuerdan con los hallazgos de Brink, Karlson y Hallberg (2002), quiénes realizaron mediciones de la calidad de vida 5 meses

después del infarto, encontrando que las dimensiones de rol físico con un puntaje de 37.5 ($DE=44.0$), y rol emocional con un puntaje de 49.1 ($DE=46.1$), así como, los componentes globales de salud física que obtuvieron un 40.2 ($DE= 10.1$), y salud mental con un 45.2 ($DE=10.9$), fueron las únicas dimensiones con puntajes inferiores a 50, mostrando por consiguiente, la mayor afectación de la calidad de vida posterior al evento.

En lo que respecta a la descripción de la calidad de vida evidenciada por las parejas de las personas que presentaron el infarto, se observaron puntajes superiores a 50 en todas las dimensiones, excepto para los componentes globales de salud. Señalando que después del evento, las parejas evidenciaron mejor calidad de vida en las dimensiones específicas en comparación con las personas que sufrieron el infarto.

Interesantemente, los puntajes más bajos en éste grupo, al igual que en el de personas que presentaron el infarto, correspondió con el rol físico con un puntaje de 52.97 ($DE=44.24$), y el rol emocional con un puntaje 50 ($DE=48.13$).

Éste resultado indica que el área laboral y el desempeño en actividades cotidianas, es una de las dimensiones que se muestra más afectada posterior al infarto, no sólo en las personas que lo sufren, sino también en sus parejas.

Esto podría deberse al hecho de que la mayoría de las personas cuidadoras son las propias parejas, las cuales, asumen la mayor sobrecarga física y emocional. Aspecto que podría afectar su desempeño a nivel laboral, pues la presencia de una enfermedad crónica en su pareja, podría significar la adquisición de nuevas obligaciones y demandas que deben incorporar a su vida diaria.

Por otro lado, fue de gran relevancia que tanto el componente global de salud física que obtuvo un puntaje 45.17 ($M=9.10$), como el componente global de salud mental con un

puntaje de 45.12 ($M=9.85$), mostraron puntajes inferiores a 50 evidenciando aunque en un grado menor, la afectación de ambas dimensiones en este grupo.

Con respecto a las diferencias mostradas entre los niveles de calidad de vida después del infarto entre las personas con infarto y sus parejas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, únicamente en las dimensiones de función física ($p=.01$), rol físico ($p=.006$), y rol emocional ($p=.006$). Lo cual, podría deberse a la presencia misma del infarto, así como, a una mayor prevalencia de factores de riesgo en éste grupo de la muestra.

Con respecto a éste resultado, a pesar de que las personas con infarto se encontraban asistiendo a rehabilitación cardíaca y reportaron la práctica ocasional (de 2 a 4 veces por semana) de ejercicio físico con mayor proporción (45.9%), en comparación con sus parejas con un (23.7%). Es importante mencionar que el nivel de recuperación y avance de cada persona dentro de su proceso de rehabilitación, puede encontrarse influenciado por otros aspectos como el perfil de riesgo, la comorbilidad como la hipertensión, diabetes o colesterol, y la presencia de procedimientos de revascularización coronaria.

Por lo que, todas estas variables pueden explicar que a pesar de que las personas con infarto reportaron una mayor realización de ejercicio físico, obtuvieron menores niveles en función y rol físico en comparación con su pareja.

Por otra parte, la ausencia de diferencias significativas en el resto de dimensiones entre ambos grupos, indican que a nivel general, la calidad de vida después de un infarto, es muy similar tanto para la persona que lo experimenta como para su pareja.

Estos resultados son confirmados por estudios previos como el de Randall et al. (2009), quienes indican que después del infarto las parejas presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad. Así

como, un mayor estrés psicosocial originado por las alteraciones de la vida diaria que generan las nuevas responsabilidades adquiridas posiblemente por el rol de cuidadores.

d) Relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida.

Finalmente, los análisis de correlación efectuados con el fin de indagar el tipo de asociación entre las diferentes estrategias de afrontamiento y las dimensiones de calidad de vida, indicaron en el caso de las personas con infarto, una asociación significativa y negativa entre el desahogo ($p < .05$) y todas las dimensiones de calidad, excepto para el rol físico ($p > .05$).

De esta forma, una mayor utilización del desahogo como estrategia de afrontamiento se asoció con una menor calidad de vida en las dimensiones de dolor ($r = -.52$, $p < .01$), salud general ($r = -.37$, $p < .05$), vitalidad ($r = -.35$, $p < .05$), salud mental ($r = -.54$, $p < .01$), función social ($r = -.37$, $p < .05$), rol emocional ($r = -.31$, $p < .05$), función física ($r = -.37$, $p < .05$), CSF ($r = -.43$, $p < .01$) y CSM ($r = -.43$, $p < .01$).

En consistencia con este resultado, se puede interpretar que la expresión de emociones y pensamientos negativos relacionados con el evento coronario, podría entrever una mayor presencia de emociones negativas como ira o ansiedad. Las cuales, podrían presentarse como una reacción frente a las limitaciones experimentadas en la salud física, los cambios en el estilo de vida o incluso los planes o proyectos frustrados que pueden derivar de la enfermedad.

De esta forma, una posible explicación de la asociación entre el desahogo y la baja calidad de vida, podría deberse al efecto reactivo que tiene la expresión de las emociones negativas, que como bien se ha estudiado en el caso de la expresión de la ira, se ha

encontrado asociada con una mayor cantidad de conflictos interpersonales, que puede perjudicar el nivel de apoyo social recibido (Piqueras et al. 2009).

Éste resultado, puede ser relacionado con el presentado por Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004), quienes mencionan que en el contexto de la salud-enfermedad, las estrategias de afrontamiento que resultan más adaptativas son las que consiguen disminuir el distrés fisiológico, mejorar la respuesta corporal y minimizar las reacciones emocionales subjetivas. Por lo que, se ha encontrado que el desahogo y la descarga de emociones se encuentran asociados con un peor ajuste ante la enfermedad, pues además de reforzar la intensidad y displacer de las emociones experimentadas, pueden incidir en un empeoramiento de la enfermedad por medio de la afectación de las redes de apoyo disponibles.

Por otra parte, una de las estrategias que reportó el mayor índice de adaptabilidad en ésta muestra fue la aceptación. La cual, mostró la mayor cantidad de asociaciones significativas y positivas con las dimensiones de la calidad de vida estudiadas. Así por ejemplo, mostró correlaciones con dolor ($r=.42, p=.005$), salud general ($r=.46, p=.002$), salud mental ($r=.31, p=.040$), función social ($r=.34, p=.028$), función física ($r=.36, p=.018$), CSF ($r=.48, p=.002$) y CSM ($r=.34, p=.035$).

Así mismo, la reinterpretación positiva ($r=.33, p=.028$) y la religión ($r=.37, p=.013$) mostraron ambas una correlación positiva con la salud general.

Los resultados anteriores indican que las personas que utilizan la religión para hacer frente al infarto, y lo reinterpretan de forma positiva para su vida, pueden obtener una mayor aceptación del mismo y presentar una mejor calidad de vida de forma posterior, pues le permite a la persona no focalizarse en el evento como un aspecto sin solución (Laham, 2008).

En el caso de la religión éste resultado es confirmado por Fernández y Agudelo, (2011), quienes encontraron que la religión y la espiritualidad actúan como factores protectores, incrementando la esperanza de vida de las personas y por consiguiente, la realización de conductas de autocuidado, las cuales son determinantes en el proceso de rehabilitación.

En esta misma dirección estudios como el de González (2004), indican que la religión puede interferir de forma positiva con el estado de salud de las personas, a través del recurso de apoyo social que ofrece el sistema religioso, así como, proporcionando un mayor sentido de coherencia por medio de la interpretación religiosa del evento como parte de la vida.

Por otra parte, en el caso de las parejas, la única asociación mostrada entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida fue observada entre una menor utilización de la aceptación y las dimensiones de función social ($r=-.33$, $p=.042$), y función física ($r=-.36$, $p=.021$).

Estos resultados probablemente se encuentren relacionados no con la utilización de la estrategia de aceptación como tal, sino con un posible efecto mediador de la aceptación sobre la calidad de vida, a través del efecto del estrés. Así, una mayor aceptación del infarto de su cónyuge y de la enfermedad que le subyace, podría suponer una mayor realidad de la imperiosa necesidad de llevar a cabo acciones con el fin de modificar factores de riesgo presentes, y favorecer estilos de vida cardiosaludables, y con ello, evitar posibles complicaciones o incluso la muerte de sus compañeros(as).

De esta forma, las parejas al constituir la principal red de apoyo y cuidado de la persona con infarto, pueden llegar a experimentar una serie de condiciones estresantes que podrían afectar su propia calidad de vida. En esta línea, autores como Guell y Morante

(2007), señalan que la pareja también pueden llegar a experimentar temor a la muerte, incertidumbre acerca del futuro, preocupación por los hábitos que se deben cambiar y el seguimiento de las prescripciones médicas. Inclusive, en muchos casos, es común que las parejas desarrollen un rol de sobreprotección con respecto a su esposo o esposa después del infarto, olvidándose de su propio cuidado.

En relación con esto, Lazarus y Folkman (1984), desde su teoría, enfatizan que la eficacia de las estrategias de afrontamiento puede considerarse positiva o negativa en función de diversos determinantes situacionales o personales. De ahí, que en el caso de las personas con infarto, la aceptación se relacionó con mejores índices de calidad de vida como se explicó anteriormente, mientras que, para las parejas ésta misma estrategia de afrontamiento no haya mostrado los mismos resultados favorables.

En este sentido, Lazarus y Folkman (1984), agregan también que el afrontamiento constituye un proceso cambiante, que se puede encontrar influido por diversas variables psicosociales, económicas y cognitivas, recalcando nuevamente que el tipo de estrategias que se desarrollen ante un determinado evento, se pueden encontrar influenciadas por diversos factores.

e) Estrategias de afrontamiento, calidad de vida y su relación con variables sociodemográficas y factores de riesgo en la muestra estudiada.

En este apartado se presenta la discusión generada a partir de los resultados obtenidos para las variables adicionales que se consideraron para éste estudio. Para ello la discusión de los resultados se ha ordenado conforme se presentaron los resultados en su respectivo apartado.

-Descripción de los factores de riesgo y variables asociadas al infarto, presentes en los y las participantes.

En lo que respecta a los factores de riesgo comportamentales y relacionados con el estilo de vida, se pudieron observar diferencias significativas entre las personas que presentaron el infarto (IAM) y sus parejas, en la mayoría de aspectos evaluados.

En el caso específico de las personas con infarto, los hallazgos encontrados coinciden con los desarrollos teóricos en cuanto a prevalencia de factores de riesgo coronario. Así por ejemplo, la hipertensión fue el principal factor de riesgo presente con un 82.5% del total de éste grupo. Éste hallazgo es confirmado por autores como Espinoza, García y Sanz (2012), y Segura y Ruilope (2011), quiénes evidencian el papel de ésta condición en el desarrollo de enfermedades coronarias y especialmente el infarto.

Éste resultado cobra especial relevancia pues la hipertensión además de constituir el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades coronarias, comparte con el origen de ésta, ciertos factores de carácter emocional. Así por ejemplo, Espinoza et al. (2009), mencionan que la presencia de hipertensión se puede encontrar mediada por la presencia de factores como la ira y la ansiedad, los cuales pueden inducir o acelerar mecanismos psicofisiológicos perjudiciales y conductas de riesgo para la salud.

En consistencia con este resultado Holst y Quirós (2010), señalan que a pesar de que se ha demostrado que el estrés y las reacciones emocionales como la ansiedad, la ira o la tristeza presentan correlatos psicofisiológicos que afectan la presión arterial, la mayoría de personas con hipertensión recurren al tratamiento farmacológico para su control, no obstante, tal y como indican Fernández et al. (1993), sólo un 70% de los pacientes en tratamiento hipertensivo logra controlarla adecuadamente, aspecto que recalca la

importancia del abordaje psicológico de los factores que se encuentran relacionados con éste padecimiento.

Aunado a lo anterior, los resultados obtenidos en el presente estudio, evidenciaron que después del infarto la presencia de hipertensión parece constituir un elemento que puede afectar el proceso de recuperación de la persona. Así por ejemplo, se encontró que la hipertensión estaba relacionada con un menor nivel de calidad de vida en la dimensión de función social, afectando las actividades sociales cotidianas con la familia y amigos.

Piqueras et al. (2009), indican que estos resultados pueden explicarse debido a que la hipertensión se encuentra asociada con una alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, así como, intensas respuestas de ansiedad. Lo cual, podría relacionarse con la evaluación subjetiva de riesgo, que hacen las personas después de experimentar el infarto, misma que si es considerada de forma muy negativa, podría llegar a afectar la calidad de vida en diversas dimensiones, tal y como indican los resultados.

Seguido de la hipertensión, los factores de riesgo que presentaron mayor prevalencia en las personas con infarto, fueron el colesterol con un 77.4%, la diabetes con un 41.7%, y el sedentarismo con un 13.5%. Resultados que evidencian el rol predominante de estos factores sobre la incidencia del infarto, tal y como señalan investigaciones previas (OMS, 2011).

Por otra parte, el consumo de tabaco, no reportó ninguna prevalencia en el momento de realizar la investigación, lo cual, es un resultado muy positivo, teniendo en cuenta que el consumo del mismo, reportado por los participantes antes del infarto era bastante alto, representando un 59.5% de exfumadores.

Este dato, en conformidad con estudios como el de Teo et al. (2006), favorece la relación de que el consumo de tabaco aumenta de forma consistente la incidencia de las

enfermedades coronarias. Y a la vez, pone de manifiesto la importancia que requiere el abordaje y seguimiento de este hábito, pues tal y como indican Longo et al. (2011), durante los primeros meses después del infarto, se suele experimentar un cese importante de su consumo, no obstante, las tasas de reincidencia en meses posteriores puede incrementar, debido a una menor supervisión médica.

Por otra parte, en el caso de las parejas, los factores de riesgo encontrados en orden de presentación, fueron el colesterol 51.4%, la hipertensión 44.0%, el sedentarismo 28.9%, la diabetes 21.2% y el consumo de tabaco 4.8%.

Tal y como se puede observar con estos resultados, aunque los factores de riesgo presentaron una mayor proporción en las personas con infarto, en las parejas sí fue posible observar una mayor tendencia al sedentarismo, así como, puntajes elevados en colesterol y la hipertensión. Lo cual, demuestra que las parejas pueden compartir el riesgo coronario de sus cónyuges con infarto, debido a que comparten un mismo contexto sociocultural y se desarrollan en un mismo ambiente, que tal y como indican autores como Govil et al. (2010), puede llegar a constituir un elemento clave para el desarrollo de ciertos factores de riesgo coronario.

En relación con el género, los análisis de chi cuadrada realizados, únicamente evidenciaron diferencias significativas con respecto al consumo de tabaco y la práctica de ejercicio físico. Así, en el caso del consumo de tabaco los hombres reportaron mayor consumo de forma anterior al infarto $\chi^2(2)=13.067, p<.001$. Mientras que, en la práctica de ejercicio físico $\chi^2(3)=8.460, p<.005$, las mujeres se consideraron más sedentarias después del infarto, en comparación con los hombres. Este último aspecto, es congruente con lo señalado por autores como Morel (2008).

A la luz de este hallazgo, se podría indicar que desde la visión tradicional de rol de género, éste resultado se podría explicar debido a que la mujer es la que tradicionalmente asume roles de cuidadora en la familia, por lo cual, es probable que cuente con menos espacios de recreación y autocuidado. Aspectos que podrían afectar el tiempo disponible para realizar actividad física y que como se mencionó en un apartado anterior, pueden ser factores que podrían estar influenciando de forma negativa su calidad de vida.

-Relación entre estrategias de afrontamiento y variables sociodemográficas

En lo que respecta a la relación entre las estrategias de afrontamiento y las variables sociodemográficas en el caso de las personas con infarto. Únicamente se observaron diferencias significativas con la variable ocupación. Lo cual, indicó que las personas que trabajan fuera del hogar presentaban mayor aceptación, en comparación con las personas desempleadas.

A la luz de éste resultado, es esperable que las personas que tienen un empleo muestren una mayor aceptación del evento, en comparación con las personas que se encuentran desempleadas.

A este respecto, estudios previos han encontrado que el desempleo puede constituir un factor de estrés importante que puede incidir sobre el bienestar psicológico y físico de las personas que lo experimentan (Guarino & Sojo, 2011). En este sentido, también se han encontrado estudios como el de Limm, Heinmüller, Liel, Seeger, Gündell, Kimil y Angerer (2012), que han hallado que el desempleo se encuentra asociado con mayores niveles de depresión y ansiedad. De esta forma, el desempleo pudo haber mostrado un efecto mediador sobre la aceptación del evento en ésta muestra.

Por otra parte, en el caso de las parejas se obtuvo una diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento y la religión ($p=.037$). Específicamente se mostró que el grupo con escolaridad baja utilizó con mayor frecuencia la religión después del infarto. Lo cual, podría indicar que en sectores con menos recursos educativos, la religión funge una función muy importante como recurso de afrontamiento. Aspecto que llama la atención acerca de una escasa disponibilidad de recursos de afrontamiento en este sector de la población. Lo cual, denota la necesidad de la prevención en el nivel psicocardiológico.

-Relación entre calidad de vida y variables sociodemográficas.

No se evidenciaron diferencias significativas entre ninguna de las dimensiones de la calidad de vida, de acuerdo con el género de los y las participantes. En torno a éste resultado, se ha encontrado que el rol de las diferencias de género sobre la calidad de vida después de un infarto, no ha mostrado resultados concluyentes al respecto (Dueñas, Ramírez, Arana & Failde, 2011). No obstante, algunas posibles explicaciones en los estudios que sí han encontrado diferencias, se deben a que las mujeres usualmente experimentan el infarto cuando presentan una mayor edad, lo cual, podría afectar su calidad de vida. Mientras que, en el caso de los hombres, los posibles efectos que se han encontrado se deben a que éstos presentan una mayor frecuencia de procedimientos de revascularización después del evento coronario (Brink et al., 2002 y Brink et al., 2005).

Por otra parte la ocupación y la edad tampoco indicaron diferencias significativas con la calidad de vida en ninguno de los dos grupos. En el caso de la edad, estudios previos contradicen los resultados aquí señalados, así por ejemplo, investigaciones como la de Bengtsson, Hagman y Wedel (2001), señalaron que después de un infarto, las personas con mayor edad, usualmente mayores de 60 años solían experimentar mejor calidad de vida

en comparación con personas más jóvenes. Éste resultado, lo atribuyen a que en las personas más jóvenes, era más probable que se experimentarían procedimientos de revascularización más invasivos, y al mismo hecho de que las personas mayores debido a los cambios que van experimentando con la edad, suelen adaptarse mejor a las limitaciones físicas experimentadas.

Tomando en cuenta lo anterior, los resultados de éste estudio probablemente no hayan reflejado relaciones significativas entre ambas variables, debido a un tamaño de muestra insuficiente, de ahí, que se considera importante continuar realizando estudios que profundicen en la relación de la edad con la calidad de vida en muestras con padecimientos coronarios y en sus parejas.

Por otra parte, el nivel educativo únicamente evidenció diferencias significativas en el grupo correspondiente a las parejas, indicando que el grupo con escolaridad primaria presentó una mayor salud general percibida en comparación con el grupo de secundaria.

Estos resultados contradicen investigaciones previas como la de Franks et al. (2011) que indican que un menor nivel educativo se encuentra asociado con mayores factores de riesgo psicosocial como estrés percibido, hostilidad, y menor índice de apoyo social.

No obstante, en el presente estudio en el caso de las parejas, se encontró una diferencia significativa ($p=.016$) entre las personas que presentaban un nivel educativo de primaria, quienes reportaron una mayor utilización de la religión como estrategia de afrontamiento después del infarto, en comparación con quienes presentan un nivel educativo más alto.

Por lo cual, podría entreverse que la religión en el grupo de parejas de nivel educativo básico, podría actuar como un factor que afecte de forma positiva el estado de

salud general percibida. No obstante, más estudios son necesarios para comprobar este resultado.

-Relación entre el tiempo transcurrido desde el infarto y el de asistencia a rehabilitación cardíaca, con respecto a la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en personas con infarto agudo del miocardio.

En lo que respecta a la relación entre la calidad de vida y el tiempo transcurrido del infarto y el tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca. Los análisis de regresión no mostraron efectos significativos sobre ninguno de los dos criterios temporales, en ninguna de las dimensiones de la calidad de vida evaluada. Esto quiere decir que ninguna de las dos variables lograron explicar la calidad de vida de las personas participantes.

Con respecto a estos hallazgos, los resultados obtenidos por los estudios en torno a estas dos variables y su relación con la calidad de vida, no se han mostrado concluyentes al respecto. Así por ejemplo, estudios como el Kristofferzon, Lofmark y Carlsson (2005), en conformidad con los resultados obtenidos en éste estudio, no encontraron resultados significativos entre ninguna dimensión de la calidad y el tiempo, género, o asistencia a rehabilitación cardíaca.

Así mismo, investigaciones como la de Dueñas et al. (2011), evidenciaron que las dimensiones de calidad de vida después de un infarto, no reportaron resultados significativos entre las variables a los 3 meses del infarto. No obstante, a los seis meses de seguimiento, se observaron incrementos significativos en la mayoría de las dimensiones que integran el componente global de la salud física.

Los resultados presentados por estas investigaciones permiten confirmar que en efecto, no se han obtenido resultados concluyentes, en torno al impacto que estas dos variables temporales tienen sobre la calidad de vida.

Aunado a lo anterior, con respecto al tiempo de asistencia a rehabilitación cardíaca, estudios como el de Loáisiga et al. (2008), indican que los resultados de la mejoría en la calidad de vida de la persona con padecimientos coronarios no fue dependiente del tiempo de permanencia en el programa.

Por todo lo anterior y en acuerdo con los resultados obtenidos en las investigaciones anteriormente mencionadas, es posible concluir que los resultados encontrados con respecto a ambos criterios temporales y la calidad de vida, se deben a que ésta última puede encontrarse influida por otras variables además del tiempo, tales como, la presencia de rehospitalizaciones, episodios de angina o procedimientos de revascularización, la edad de la persona, y comorbilidad con otros factores de riesgo coronario, u otros factores psicosociales como la disponibilidad de apoyo social presente (Bengtsson et al., 2001 y Kristofferzon et al., 2005).

Por otra parte, ninguno de los dos criterios temporales antes mencionados, evidenciaron resultados significativos con respecto a las estrategias de afrontamiento. Lo cual, según lo propuesto por Lazarus y Folkman (1986), evidencia que el afrontamiento es un proceso cambiante que se puede ajustar en función de cada momento y circunstancia específica. Y que además se puede encontrar determinado por una serie de variables como la evaluación que la persona realiza acerca del evento, es decir, el grado de amenaza que percibe, las experiencias pasadas, la disponibilidad de recursos, el grado de reversibilidad de la enfermedad, la tipología y nivel de afectación generada.

De esta forma, los resultados obtenidos en torno a esta evaluación, probablemente se pueden deber a los efectos de variables como las antes mencionadas y no necesariamente a un criterio temporal.

CONCLUSIONES

A partir de los principales resultados obtenidos para esta investigación fue posible plantear las siguientes conclusiones sobre las variables en estudio.

A nivel general, en éste estudio fue de gran relevancia conocer que ante la presencia de un evento coronario como lo es un infarto, ambos miembros de la pareja desarrollan las mismas estrategias de afrontamiento, con el fin de hacerle frente al mismo. Aspecto que puede deberse a la similitud en las características sociodemográficas observadas.

En este sentido, a pesar de que se encontró una prevalencia en la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción tales como, la religión, la reinterpretación positiva y la aceptación. En el caso de ésta última, se concluye que una mayor utilización de ésta estrategia presentó asociaciones significativas únicamente con la calidad de vida de las personas que presentaron el infarto. Mientras que, en las parejas, la aceptación se encontró asociada con peores índices de calidad de vida en dos dimensiones evaluadas. Aspecto que contribuye a la comprensión del afrontamiento como un proceso constantemente cambiante, y que se encuentra influido por una serie de factores situacionales y disposicionales, que favorece que unas estrategias se muestren adaptativas en un contexto o situación determinada, mientras que otras no.

Los resultados obtenidos en el caso de las personas con infarto en relación con el afrontamiento, presentan una importante consideración en torno al diseño de estrategias de intervención psicológica dentro de los programas de rehabilitación cardíaca en ésta población. Los cuales, deben enfatizar el desarrollo de estrategias como la reinterpretación positiva, la religión y la aceptación en los primeros meses posteriores al infarto, sin dejar de

lado el desarrollo estrategias centradas en el problema, las cuales han mostrado una mayor eficacia adaptativa a largo plazo.

En lo que respecta a la calidad de vida, aunque las parejas presentaron una tendencia a obtener puntajes mayores en la mayoría de dimensiones evaluadas, únicamente se lograron observar diferencias significativas en tres de éstas, correspondientes con la función física, el rol emocional y el rol físico. Siendo estas dos últimas, las que presentaron la mayor afectación de la calidad en ambos miembros de la pareja.

Este tipo de resultados recalcan la importancia que tiene la rehabilitación cardíaca y la terapia ocupacional y psicológica en relación con la calidad de vida de estas personas. No obstante, se conoce que actualmente la presencia de barreras de carácter institucional y económico, no posibilitan el adecuado abordaje de la demanda existente.

En este sentido, es claro que después de un infarto, la pareja de la persona que lo experimenta, sufre alteraciones en su nivel de calidad de vida. Lo cual, debería llamar la atención a trascender el enfoque de atención tradicional centrado únicamente en la persona con el padecimiento, para incorporar una perspectiva más integral del evento, incorporando en su abordaje elementos claves de apoyo social como lo son las parejas.

Con respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, en el caso de las personas con infarto, se observó que una mayor calidad de vida, se asoció significativamente, con una menor utilización de estrategias como el desahogo. Las cuales, parecen exacerbar la afectividad negativa e influir de forma negativa con respecto al apoyo social recibido. En este sentido, parece ser, que después de un infarto, es más eficaz que las personas desarrollen estrategias de aceptación, en lugar de utilizar el desahogo o la descarga de emociones negativas.

Por otra parte, en el caso de las parejas, la asociación mostrada entre una mayor utilización de la aceptación y peor calidad de vida en las dimensiones de función social y función física, supone que la aceptación de la enfermedad conlleva una mayor fuente de estrés psicosocial.

En relación con lo anterior, se plantea la necesidad de continuar investigando e interviniendo en éste grupo específico de personas, con el fin de obtener una mayor comprensión de las estrategias que afectan y benefician su calidad de vida. Especialmente, porque desde la literatura se ha enfatizado más en describir el impacto emocional que viven las parejas, más no así, como lo afrontan. A pesar de conocerse que la calidad de apoyo social que éstas brinden a sus cónyuges, puede estar influida por la forma cómo afrontan el evento.

Por otra parte, en lo que respecta a los resultados de las variables adicionales que se incorporaron en éste estudio, el más relevante lo constituyó la prevalencia de la hipertensión como principal factor de riesgo en las personas con padecimiento coronario.

Este resultado indica que la hipertensión además de constituir una enfermedad relacionada con el estilo de vida, también se asoció de forma negativa con dimensiones de la calidad de vida tanto en personas con infarto como en su pareja, en dónde ocupó un segundo lugar. Éste resultado es de gran interés, en especial por qué la hipertensión al igual que el infarto, comparten factores de riesgo emocional como la ira y la ansiedad. Lo cual, nuevamente, señala la importancia del abordaje psicológico tanto a nivel primario como secundario en relación con este tipo de condiciones.

En relación con los factores de riesgo psicosocial, también se observó que una alta prevalencia de ingresos económicos bajos, se asoció con un nivel educativo bajo en las parejas que participaron en el estudio. Éste resultado, apoya la noción de que existe un

gradiente socioeconómico en el desarrollo de los padecimientos coronarios, mismo que puede volver a los sectores con menor estatus socioeconómico, más vulnerables a la presentación de ésta enfermedad.

Finalmente, se logró determinar que ni el tiempo de asistencia de rehabilitación cardíaca, ni el tiempo transcurrido desde el infarto, lograron explicar la calidad de vida ni las estrategias de afrontamiento utilizadas en las personas con infarto. Las investigaciones en torno a estas variables, no se han mostrado concluyente al respecto, por lo que se estima que ambas variables pueden encontrarse influenciadas por otro tipo de factores alternativos a dichos criterios temporales.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se exponen a continuación son derivadas a partir de las principales conclusiones y limitaciones obtenidas en la presente investigación. Éstas se han dirigido hacia futuras investigaciones, a los programas de rehabilitación cardíaca y la escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica.

Para futuras investigaciones

Una importante recomendación que surge a partir de las limitaciones encontradas en este estudio, consiste en utilizar un mayor número de participantes con el fin de asegurar una mayor validez de los datos y alcances de la investigación.

Por otra parte, debido a las dificultades metodológicas que representa obtener sujetos de investigación que presenten este tipo de condiciones clínicas. La muestra del presente estudio, así como, la mayoría de investigaciones realizadas en esta temática utilizan sujetos inscritos en programas de rehabilitación cardíaca. Por lo que una recomendación al respecto, consiste en realizar investigaciones tanto en poblaciones que no asisten a rehabilitación cardíaca, así como, estudios comparativos entre personas que asisten a rehabilitación y los que no, con el fin de evaluar el comportamiento de las variables en estudio.

Así mismo, debido a que una limitación del estudio, es que los resultados obtenidos son únicamente generalizables a las personas que presentan las características de la muestra estudiada y habitan en las provincias de Heredia, San José y Cartago. Se recomienda realizar investigaciones que tomen en cuenta poblaciones que habiten en distintos sectores del país.

Otro punto a considerar consiste en realizar investigaciones que incorporen una perspectiva cualitativa del tema en estudio, que permita obtener una mayor profundización de aspectos de orden psicológico, relacionadas con la vivencia del infarto, y el impacto generado por éste en la vida de tanto de las parejas como en las personas que sufrieron el infarto.

Debido a que tal y como indicaron los resultados sobre la calidad de vida, el desempeño laboral, es una de las dimensiones que suele experimentar mayor impacto después de un infarto, se considera de gran relevancia realizar investigaciones que profundicen en esta temática, así como, en la identificación de factores protectores que faciliten la adaptación laboral del trabajador con padecimiento coronario.

Por otra parte, ésta investigación enfatizó el estudio de las variables implicadas, en las personas que han sufrido infarto y sus parejas, por ser estas la principal fuente de apoyo social propuesto de acuerdo con la evidencia teórica. No obstante, se considera importante, realizar estudios de este tipo, en personas que no viven en una relación de pareja, con el fin de evaluar los recursos de apoyo social disponibles en estos casos, así como, el impacto de los mismos sobre el proceso de recuperación.

Finalmente, el diseño metodológico de este estudio ha enfatizado en la investigación de dos variables específicas, las estrategias de afrontamiento y su posible relación con la calidad de vida después de un infarto. No obstante, se reconoce que la calidad de vida también se puede ver influida por otro de variables psicológicas, tales como, las creencias sobre la enfermedad, el apoyo social, el nivel de ansiedad y depresión presente, así como, otros constructos que han demostrado gran relevancia como el complejo ira-hostilidad. Los cuales, constituyeron mediciones que excedieron los alcances de los objetivos de esta investigación, por lo que se recomienda incluirlos en futuras investigaciones.

Para los programas de rehabilitación cardíaca

Un aspecto que cobró relevancia a partir de los resultados de éste estudio consistió en la importancia de velar por el adecuado proceso de reincorporación laboral de la persona después de la presentación del infarto. Para ello, se considera que un elemento vital radica en la incorporación de la terapia ocupacional de estas personas como parte de su proceso de rehabilitación cardiovascular.

Por otra parte, es menester la incorporación de la pareja u otros significativos a los programas de rehabilitación cardíaca. Esto, debido en primer lugar al grado de afectación que la pareja suele experimentar en varias dimensiones de su calidad de vida posterior al infarto. Así como, por la relevancia que ésta constituye en el proceso de recuperación. Para ello, se recomienda llevar a cabo grupos de apoyo emocional para los familiares de las personas afectadas por el padecimiento.

Debido a que posterior al infarto, la persona debe llevar a cabo una serie de modificaciones en su estilo de vida, especialmente en lo que a factores de riesgo se refiere. Se considera importante que en los programas de rehabilitación cardíaca se incorporen programas psicológicos dirigidos hacia la adherencia al tratamiento médico y la prevención de recaídas, con el fin de aumentar el mantenimiento de los cambios logrados durante los mismos.

Así mismo, teniendo en consideración la relevancia que presentan los factores de riesgo psicológico como la depresión, la ira y la ansiedad sobre la enfermedad coronaria, se considera necesario incorporar el abordaje terapéutico de este tipo de condiciones como parte integral de los programas de rehabilitación cardíaca.

En línea con los dos aspectos anteriores, se recomienda llevar a cabo el diseño e implementación de programas de seguimiento, con los propios pacientes, así como, con

informantes clave, con el fin de evaluar el impacto de la rehabilitación cardíaca una vez la persona ha sido dada de alta.

Así mismo, la relación entre bajo nivel educativo y la utilización de la religión como estrategia de afrontamiento, podría llamar la atención acerca de la falta de recursos de éste sector de la población para utilizar otro tipo de estrategias que son más efectivas a largo plazo en el proceso de recuperación.

Finalmente, dada la alta prevalencia que los infartos al miocardio, así como otros padecimientos coronarios presentan en la población costarricense y que en el país solo se cuenta con tres programas de rehabilitación cardíaca, elevando el porcentaje de personas que no pueden acceder a estos servicios. Se hace necesario diseñar programas alternativos que permitan derivar los programas de rehabilitación a las comunidades, a través del trabajo conjunto con municipalidades, comités locales de deportes y asociaciones de desarrollo.

Para la escuela de psicología

Se considera importante incorporar en los planes de estudio de la carrera de psicología, módulos que permitan preparar profesionales de psicología con destrezas en el abordaje y tratamiento psicológico de las personas y familias que presentan padecimiento coronario u otro tipo de enfermedades crónicas vinculantes, así como, de medicina conductual.

Asimismo, un aporte importante en esta línea podría ir en función del diseño de un trabajo comunal universitario, enfocado en la promoción de hábitos de vida cardiosaludables, especialmente en las poblaciones más jóvenes que aún no presentan antecedentes coronarios, debido al aumento de la enfermedad proyectado para posteriores años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahima, R. (2011). Digging deeper into obesity. *The Journal of Clinical Investigation*, 121, 2076-2079.
- Ahto, M., Isoaho, R., & Puolijoki. (2007). Stronger symptoms of depression predict high coronary heart disease mortality in older men and women. *Int J Geriatr Psiquiatría*, 22 (8), 757-63.
- al'Absi, M., & Bongard, S. (2006). Neuroendocrine and behavioral mechanisms mediating the relationship between anger expression and cardiovascular risk: assessment considerations and improvements. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 573-591.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una visión integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35, 161-164.
- Ayers, S., Copland, C., & Dunmore, E. (2009). A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 12, p. 459-471.
- Barahona, M. (2002). *Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en médicos del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia*. Tesis para optar por el posgrado en nutrición humana de la Universidad de Costa Rica.
- Barefoot, J., John, C., Peterson, B., Dahlstrom, W., Siegler, I., Anderson, N., Williams, J., & Redford, B. (1991). Hostility patterns and health implications. *Health psychology*, 10, 18-24.

- Barguil, M. (2003). *Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento al estrés y autoeficacia percibida en pacientes operados por cáncer gástrico que asisten al centro de detección temprana de cáncer gástrico, hospital Max Peralta, Cartago*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología en la Universidad de Costa Rica.
- Barrero, C y Piombo, A. (2007). *El paciente en la unidad coronaria (tercera edición)*. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.
- Beatty, P., & Willis, G. (2007). Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71. 287- 311.
- Bengtsson, I., Hagman, M., & Wedel, H. (2001). Age and angina as predictors of quality of life after myocardial infarction: a prospective comparative study. *Scand Cardiovasc J*, 35, 252-258.
- Berkowitz, L., & Harmon, E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4, 107-130.
- Bodenmann, G., Meuwly, N., & Kayser, K. (2011). Two conceptualizations of dyadic coping and their potential for predicting relationship quality and individual wellbeing. *European Psychologist*, 16, 255-266.
- Bodenmann, G., Pihet, S., & Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20, 485–493.
- Blumenthal, J.A., Lett, H. S., Babyak, M.A., Blanco, P.K., Smith, D. B., Jones, R., Mathew, J.P., & Newman, M.F. (2003). Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*, 362, 604-609.
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

- Brink, E., Brandstrom, Y., Cliffordsson, C., Herlitz, J., & Karlson, B. (2008). Illness consequences after myocardial infarction: Problems with physical functioning and return to work. *Journal of Advanced Nursing* 64(6), 587–594.
- Brink, E., Karlson, B., & Hallberg, L. (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 & medicine*, 7, 5-16.
- Burdiat, R. (2006). Programa práctico de Rehabilitación Cardiovascular. *Rev Urug Cardiol*, 21, 240-251.
- Burker, E., Evon, D., Loiselle, M., Finkel, J., & Mill, M. (2005). Planning helps, behavioral disengagement does not: coping and depression in the spouses of heart transplant candidates. *Clinical Transplant*, 19, p.653–658.
- Carver, S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Considerer the brief Cope. *International Journal of behavioral medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C., Scheider, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), p. 267-283.
- Case, R., Moss, A., Case, M., McDermott, M., & Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 267(4), 515-519.
- Chida, I., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol*, 53, 774- 778.

- Christian, A., Cheema, A., Smith, S., & Mosca, L. (2007). Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. *Quality of Life Research*, 16, p. 363-373.
- Cobble, M. (2012). Coronary Heart Disease in Men. *Journal of Family Practice*, 61, 29-33.
- Cohen, J (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin* 112 (1). 155-159.
- Conrad, F., & Shober, M. (2008). *Envisioning the Survey Interview of the Future*. Thousand Oaks: Hoboken.
- Coon, D. (2005). *Psicología*. México D.F: Ediciones Thomson.
- Coyne, J., & Smith, D. (1994). Couples coping with a myocardial infarction: contextual perspective on patient self-efficacy. *Journal of family psychology*, 8, p. 43-54.
- Coyne, J., & Smith, D. (1991). Couples coping with a myocardial Infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of personality and social psychology*, 61, p. 404-412.
- De Leon, A. (2000). Coping strategies of latino women caring for a spouse recovering from a stroke: a grounded theory. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 12, p. 42-49.
- Denollet, J., Martens, E., Nyklicek, I., Conraads, V., & Gelder, B. (2008). Clinical events in coronary patients who report low distress: adverse effect of repressive coping. *Health psychology*, 27, p. 302-308.
- Díaz, I. (2002). Psicología y calidad de vida. Una propuesta de invitación a su estudio. *Rev. Santiago*, 98, 134-140.
- Dueñas, M., Ramírez, C., Arana, R., & Failde, I. (2011). Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *BBMC Cardiovascular Disorders*, 11, 1-11.

- Eriksson, S., Asplund, K., & Svedlund, M. (2010). Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*,*19*, 3485–3493.
- Escobar, R. (2001). *Comparación de la calidad de vida y acondicionamiento físico al ingreso del programa y al finalizar la fase II de los adultos mayores con diagnóstico de cardiopatía isquémica del programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología, Universidad de Costa Rica.
- Failde, I., & Soto, M. (2006). Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health*, *6*, 1-10.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*,*39*, 175-191.
- Fernández, G., & Rojo, F. (2005). Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación. *Territoris* (*5*), 117-35.
- Fiske, V., Coyne, J., & Smith, D. (1991). Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *Journal of family psychology*,*5*, p. 209-215.
- Franks, P., Winters, P., Tancredi, D., & Fiscella, K. (2011). Do changes in traditional coronary heart disease risk factors over time explain the association between socio-economic status and coronary heart disease?. *Cardiovascular Disorders*,*11*, 2-6.
- Frasure, N., Lesperance, F., Graveld, G., Massond, A., Juneaud, M., Talajic, M., & Bourassad, M. (2000). Depression and health-care costs during the first year

- following myocardial infarction, *Journal of Psychosomatic Research*, 48, p. 471–478.
- García, L. A., & Reyes, G. D. (2002). Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo hostilidad-ira-agresión y la enfermedad coronaria. *Anales de psicología*, 18, 61-76.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, J., Aarnink, J., Heijden, D., Van Es, S., Van Herpen, M., & Somsen, G. (2009). Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression. *Behavioral Medicine*, 35, p. 79-86.
- Gerward, S., Tydén, P., Engström, G., & Hedblad, B. (2010). Marital status and occupation in relation to short-term case fatality after a first coronary event a population based cohort. *Public Health*, 2-8.
- Govil, S., Weidner, G., Merritt, T., & Omish, D. (2009). Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the multisite cardiac lifestyle intervention program. *American Journal of Public Health*, 99, 1263-1270.
- Hernández, E. M., Palomera, C. A., & Santos, Á. F. (2003). *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación (Cuarta Edición)*. México: Mc Graw Hill.
- Iraurgi, I., Póo, M., & Márquez, I. (2004). Valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona, valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. *Revista española de salud pública*, 78, p. 609-621.

- Hoehn, R., & McLeod, D. (2000). Anxiety and arousal: physiological changes and their perception. *Journal of Affective Disorders*, 61, 217–224.
- Holt, J., Smith, T., & Uchino, B. (2008). Can hostility interfere with the health benefits of giving and receiving social support? The impact of cynical hostility on cardiovascular reactivity during social support interactions among friends. *Annals of behavioral medicine*, 35(3), 319-330.
- Hyvarinen, M., Qiao, Q., Tuomilehto, J., Soderberg, S., Eliasson, M., & Stehouwer, C. (2010). The difference between acute coronary heart disease and ischaemic stroke risk with regard to gender and age in Finnish and Swedish populations. *International Journal of Stroke*, 5, 152-156.
- Hu, Li, W., Wang, X., Liu, L., Teo, K., & Yusuf, S. (2012). Marital status, education, and risk of acute myocardial infarction in mainland china: the inter-heart study. *J Epidemiol*, 22(2), 123-129.
- Iacovella, J., & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 8(1), 53-61.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B., & Jennings, J. R. (2000). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 53, 393-406.
- Krantz, D., & McCeney, M. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary. *Annu Rev Psychol*, 53, 341-369.
- Kubzansky, L., Koenen, K., Jones, C., & Eaton, W. (2009). A prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in women. *Health psychology*, 28(1), 125- 130.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Ledermann, T., Bodenmann, G., & Cina, A. (2007). La eficacia de las parejas para hacer frente Entrenamiento para la mejora (CCET) para mejorar la calidad de la relación. *Diario de Psicología Social y Clínica*, 26, 940-959.
- Lee, I. (2010). Physical Activity and Cardiac Protection. *Current Sports Medicine Reports*, 9, 214-219.
- Lett, S.A., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Catellier, D.J., Carney, R.M., Burg, M.M., Jaffe, A.A., Berkman, L.F., Mitchell, P., & Schneidermar, N. (2009). Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *J Med Méx*, 16(3), 248-258.
- Lett, S.A., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Catellier, D.J., Carney, R.M., Burg, M.M., Jaffe, A.A., Berkman, L.F., Mitchell, P., & Schneidermar, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Int J Med Méx*, 26(4), 418-427.
- Leung, F., Yung, L., Laher, I., Yao, X., Chen, Z., & Huang, Y. (2008). Exercise, vascular wall and cardiovascular diseases. *Sports Med*, 38, 1009-24.
- Limm, H., Heinmüller, M., Liel, K., Seeger, K., Gündell, H., Kimil, A., y Angerer, P. (2012). Factors associated with differences in perceived health among German long-term unemployed. *BMC Public Health*, 12, 1-10.
- Lipowski, Z. (1970). Psychosocial aspects of the disease. *Annals of internal medicine*, 71, 1197-1206.
- López, A., & Macaya, C. (2007). *Libro de salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la fundación BBVA*. Madrid: BBVA.

- Lovallo, W., & Gerin, W. (2003). Psychophysiological reactivity to psychological challenge: conceptual and measurement considerations. *Psychosom Med*, 65, 9-21.
- Mahrer, R., Hoffman, A., & Sivarajan, E. (2006). Impact of cardiac disease on couples relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 57, p. 513-521.
- Martens, E., Smith, O., & Denollet, J. (2007). Psychological Symptom Clusters, Psychiatric Comorbidity and Poor Self-Reported Health Status Following Myocardial Infarction. *Behavioral Medicine*, 34, p.87-94.
- Martín, L., Doster, J., Critelli, W., Purdum, M. Powers, C, Lambert, P., & Miranda, V. (2011). The “Distressed” personality, coping, and cardiovascular risk. *Stress and Health*, 27, 64-72.
- Martínez, J. (2005). *Patrones dietéticos y su asociación con infarto agudo del miocardio en adultos costarricenses*. Tesis para optar por el posgrado en nutrición humana de la Universidad de Costa Rica.
- Meyers, L., Gamst, G., & Guarino, A.J. (2006). *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation*. California: SAGE Publications.
- Mc Dowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires (third edition)*. New York: Oxford University Press.
- McLean, S., & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Nursing in Critical Care*, 12, p. 141-150.
- Morán, C., Landero, R., & González, M. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del brief Cope. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.

- Morel, V. (2010). Estilos de vida saludable: Actividad física. En Escuela de salud pública. (Ed.), *La salud pública en Costa Rica: Estado actual retos y perspectivas* (125-148). San José: Ediciones SIEDIN.
- Nikolić, G., Samardžić, L., & Milenković, T. (2011). Psychological reactions and health behavior following acute myocardial infarction. *Acta Medica Medianae, 50*, 18-23.
- Oblitas, A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida (segunda edición)*. México: Thomson editores.
- Ohira, T. (2010). Psychological distress and cardiovascular disease: the circulatory risk in communities study (circs). *J Epidemiol, 20*, 185-191.
- Oldridge, N., Guyatt, G., & Jones, N.(1991). Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol, 67*, 1084-1089.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares*. Ginebra: OMS.
- Osborne, J & Costello, A. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 9*, 11-28.
- Osterlind,S. (1998). *Constructing Test Items: Multiple choice, constructed response, performance and other formats (second edition)*. New York: Kluwer Academic publishers.
- Ostir, G., & Goodwin, J. (2006). High anxiety is associated with an increased risk of death in an older tri-ethnic population. *Journal of Clinical Epidemiology, 59*, 534-540.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: Una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 10*, 3-14.

- Peña, N. (2004). *Infarto agudo del miocardio en el hospital Calderón Guardia: período 2000-2003*. Tesis para optar por el grado de maestría en medicina interna, Universidad de Costa Rica.
- Pihet, S., Bodenmann, G., Cina, A., Widmer, K., & Shantinath, S. (2007). Can prevention of marital distress improve well-being? A 1-year longitudinal study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 79–88.
- Prasad, D., & Das, B. (2009). Physical inactivity: a cardiovascular risk factor. *Indian J Med Sci*, *63*, 33-42.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scand J Caring Sci*, *22*, 367–375.
- Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* *52*(2), 113–124.
- Kristofferzon, M., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2004). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* *52*(2), 113–124.
- Raikkonen, K., Matthews, K. A., Sutton, K., & Kuller, L. (2004). Trait anger and the metabolic syndrome predict progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 903-908.

- Randall, G., Bhattacharyya, M., & Steptoe, A. (2009). Marital Status and Heart Rate Variability in Patients with Suspected Coronary Artery Disease. *ann. behav. Med*, 38, 115-123.
- Randall, G., Molloy, G., & Steptoe, A. (2009). The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: a systematic review. *Health Psychology*, 3, 1-84.
- Rivera, (2009). *Impacto de la Diabetes Mellitus en el Bienestar Socioeconómico de los Adultos Mayores*. Tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Estadística en la Universidad de Costa Rica.
- Roy, P., Davidson, K., Kessler, R., Asmundson, G., Goodwin, R., Kubzansky, L., Lydiard, B., Massie, M., Katon, W., Laden, S. & Stein, M. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208–225.
- Rodríguez, M., Pastor, M., & López, R. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Ruiz, M., & Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics*, 1, 31-43.
- Smith, T.W., Glazer, K., Ruiz, J.M., & Gallo, L.,C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion and health. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270.
- Smith, T & Ruiz, J.(2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and Health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.

- Smith, T. W., & Ruiz, J.M. (1992). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality, 72*(6), 1217-1270.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Weld, P. (2000). Group support for couples coping with a cardiac condition. *Journal of Advanced Nursing, 33*,190-199.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of advanced nursing,31*,1351-1360.
- Suls, J., & Martín, R. (2011). Las enfermedades del corazón se produce en una matriz biológica, psicológica y social: factores de riesgo cardíaco, la presentación de los síntomas y la recuperación como ejemplos ilustrativos. *Ann Med comportamiento,41*, 164-73.
- Suls,J., & Bunde, J. (2005). La ira, la ansiedad y la depresión son factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: Los problemas e implicaciones para la superposición de disposiciones afectivas. *Psychological Bulletin,131*, 260-300.
- Taft, C., Karlsson, J., & Sullivan, M. (2001).Do sf-36 summary scores accurately summarize subscales score. *Quality of Life Research,10*, 395-404.
- Teo, K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M., Valentin, V., Caza, D., Díaz, R., Rashed, W., Freeman, R., Jiang, L., Zhang, X., & Yusuf, S. (2006). El consumo de tabaco y el riesgo de infarto de miocardio en 52 países en el estudio INTERHEART: Un estudio de caso y control. *Lancet, 19*, 647-658.
- Treiber, F., Kamarck, T., & Schneiderman, N. (2003).Cardiovascular reactivity and development of preclinical and clinical disease states. *Psychosom Med,65*, 46-62.

- Trujillo, M., Almoguera, A., Román, J., & Romero, C. (2006). *Manual Ibermutuamur: Una visión psicosocial de la enfermedad coronaria*. Madrid: Editorial Arteanima.
- Urzúa, A.M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev Med Chile*,138, 358-365.
- Valdivia, F. (2009).*Factores de riesgo coronario presentes en pacientes menores de 45 años con infarto agudo del miocardio, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, entre los años 2000 y 2007*. Tesis para optar por el posgrado en medicina interna de la Universidad de Costa Rica.
- Vargas, P. (2008). *Efecto del programa de rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de cardiopatas atendidos en el Centro Nacional de Rehabilitación de agosto 2007 a agosto 2008*. Tesis para optar por el posgrado en medicina física y rehabilitación de la Universidad de Costa Rica.
- Vargas, S. (2010). Los estilos de vida en la salud. En Escuela de salud pública. (Ed.), *La salud pública en Costa Rica: Estado actual retos y perspectivas* (101-124). San José: Ediciones SIEDIN.
- Vargas, S. (2003). *Estudio de los determinantes económicos, sociales y culturales en relación con las enfermedades: diabetes mellitus, hipertensión arterial e infarto del miocardio en los funcionarios administrativos de 18-45 años de la Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología de la Universidad de Costa Rica.
- Vega, O., & González, D. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*,16, 1-11.
- Velasco, J., Cosín, J., Maroto, J., Muñiz, J., Casasnovas, J., Plaza, I., & Abadal, L. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención

- cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 53, 1095-1120.
- Vilchinsky, N., Haze, L., Leibowitz, M., Reges, O., Khaskia, A., & Mosseri, M. (2010). Spousal support and cardiac patients' distress: the moderating role of attachment orientation. *Journal of Family Psychology*, 24, 508-512.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Pérez, B., Sánchez, M., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*, 23, 245-252.
- Vogelzangs, N., Seldenrijk, A., Beekman, A., Van Hout, H., Jonge, P., & Penninx, B. (2010). Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 125, 241-248.
- Waszkowska, M., & Szymczak, W. (2009). Return to work after myocardial infarction: a retrospective study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(4), 373-381.
- Welin, C., Lappas, G & Wilhelmse, L (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 247, 629-639.
- Willis, G. (2005). *Cognitive Interviewing: A tool for improving questionnaire design*. California: Sage publications.

Referencias Electrónicas

- American Heart Association. (2011). Heart Disease and Stroke Statistics Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 123, 18-209. Recuperado de <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18> el 9 del 8 del 2012.

- Boraita, A. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*, 61, 514-528. Recuperado de www.revespcardiol.org el 4 del 8 del 2012.
- Brunnicardi, F., Andersen, D., Billiar, T., Dunn, J., Hunter, J., Matthews, J., & Pollock, R. (2012). *Schawrtz Principios de Cirugía (novena edición)*. Nueva York: McGraw-Hill. Recuperado de <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=5029149> el 28 de Junio del 2012.
- Brunton, L., Chabner, B., & Knollmann, B. (2011). *Las bases farmacológicas de la terapéutica (12ed)*. Nueva York: McGraw-Hill. Recuperado de <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=16667490> el 29 de Junio del 2012.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de psicología*, 82, 25-44.
- Carver, C. (2004). *Brief Cope (an abbreviated version of the COPE)*. Obtenido el 8 de abril del 2011 en <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/CCscales.html>.
- Castillo, G. A., Arocha, M. C., Armas, R. N., Castillo, A. I., Cueto, C. M., & Hernández, V. E. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con cardiopatía isquémica, revascularizados por vía percutánea. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*, 16(2), 171-176.
- Recuperado de <http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16.htm> el 12 de Febrero del 2012.
- Castillo, L., Alvarado, T., & Sánchez, M. (2006). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Revista Costarricense de salud pública*, 15, 3-16. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de www.sinabi.go.cr/Default.aspx?tipo.

- CCSS. (2010). *Control de la hipertensión en las personas atendidas en la Caja Costarricense del Seguro Social*. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/index_dcsc.html el 5 del 8 del 2012.
- Corella, D., & Ordovás, J. (2007). Genes, dieta y enfermedades cardiovasculares. *Revista Investigación y Ciencia*, 374, 74-83. Recuperado de www.investigacionyciencia.es/Archivos/11-07_Ordovas.pdf el 25 del 7 del 2012.
- Díaz, I. (2005). Proceso valorativo y calidad de vida. Apuntes para su encuadre investigativo desde lo teórico y metodológico. *Revista electrónica de psicología iztacala*, 8, 125-135.
Recuperado de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html el 11 de Marzo del 2012.
- Espinoza, R., García, P., & Sanz, J. (2012). Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc*, 29, 44-49. Recuperado de www.elsevier.es/hipertension el 6 del 8 del 2012.
- Esquivel, V., Alvarado, M., Solano, G., & Ramirez, A. (2008). Factores de riesgo cardiovascular en un grupo de mujeres con sobrepeso y obesidad. *Acta médica costarricense*. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v50n4/3798.pdf
- Fernández, A. E., Martín, D. M., & Domínguez, S. F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615-630. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1115> el 10 de marzo del 2012.

- Fernández, A., & Ulate, G. (1999). Factores de riesgo de enfermedad de las arterias coronarias en universitarios de 17 a 19 años de edad. *Revista de Investigación clínica*, 50, p 457-462. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de www.nutricion.org/.../revistas/Efectos_atribuibles_procedencia_estudiantes.pdf.
- Fernández, S., & Agudelo, C. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de psicología*, 14, 47-60. Recuperado de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_6882_v14n1-art4.pdf el 24 de Octubre del 2012.
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Figueroa, C., Domínguez, B., Ramos, B., & Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y salud*, 19, 151-155. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=291983015> el 20 del 8 del 2012.
- Fuster, V., Walsh, R., & Harrington, R. (2011). *Hurst's The Heart 13ed*. New York: McGraw-Hill. Recuperado de <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=7800303> el 28 de junio 2012.
- Gala, F., Lupiani, M., Guillén, C., & Sanabria, G. (2001). Intervención cognitivo-conductual en pacientes post-infarto de miocardio. *C Med. Psicosom*, 58, 9-18. Recuperado de www.editorialmedica.com/archivos/.../Cuader%2058_59-Trabaj1.pdf el 20 del 8 del 2012.

- Guarino, L y Sojo, V. (2011). Apoyo social como moderador del estrés en la salud de los desempleados. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 867-879. Recuperado de revistas.javeriana.edu.co/index.php/.../1194 el 23 del 11 del 2012.
- Guell, R., & Morante, F. (2007). *Manual SEPAR de procedimientos: herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. Barcelona: Permayer. Consultado en el 6 de abril del 2011 en www.separ.es/doc/publicaciones/normativa/Procedimientos12.pdf - Similar.
- Holst, F y Quirós, D. (2010). Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Revista Costarricense de Psicología*, 29, 35-46. Recuperado de <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com> el 23 del 11 del 2012.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo, (2011). *Estadísticas Vitales 2010*. San José: INEC. Recuperado de www.santabarbara.go.cr/index.php?...87%3Avitales-2010 el 7 del 5 del 2012.
- Jiménez, J. (1990). Factores de riesgo coronario, estrategias para la prevención de la enfermedad coronaria. *Revista costarricense de ciencias médicas*. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v11n1/art4.pdf.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4, 70-79. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3699537 el 19 del 8 del 2012.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Barcelona: Ediciones Pirámide.

- Laham, M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica, 15*, 143-169. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604006> el 20 del 7 del 2012.
- Leal, M., Wong, R., Peña, N., & Guevara, M. (2005). Vigilancia epidemiológica para el infarto agudo al miocardio, experiencia obtenida en el Hospital Calderón Guardia. *Acta médica costarricense, 47*, p.84-88. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de redalyc.uaemex.mx/src/ArtPdfRed.jsp?
- Loáisiga, L. H., Benavides, S. A., Bolaños, A. M., Ortiz, G. L., Vega, M. R., & Brenes, R.T. (2008). Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Rev. costarric. Cardiol, 10*, 9-13. Recuperado de www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409 el 10 de diciembre del 2011.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna (18ed)*. Nueva York: McGraw-Hill. Recuperado de <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=9104321> el 29 de junio 2012.
- Mellbin, L., Malmberg, K., Norhammar, A., Wedel, H., & Rydén, L. (2011). Prognostic implications of glucose-lowering treatment in patients with acute myocardial infarction and diabetes: experiences from an extended follow-up of the Diabetes Mellitus Insulin-Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction (DIGAMI) 2 Study. *Diabetologia, 54*, 1308-17. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21359582> el 4 del 8 del 2012.

- McPhee, S., Papadakis, M., & Rabow, M. (2012). *Diagnóstico y tratamiento médico actual*. Nueva York: McGraw-Hill. Recuperado de <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=3671> el 28 de Junio del 2012.
- Nabi, H., Kivimaki, M., De Vogli, R., Marmot, M., & Singh, A. (2008). Positive and negative affect and risk of coronary heart disease: Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, 337, 1-7. Recuperado de www.bmj.com/content/337/bmj.a118 el 31 del 7 del 2012.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26, 219-254. Recuperado de revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/.../1022 el 19 del 8 del 2012.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Obtenido el 18 de marzo del 2011 en <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Reporte sobre estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: Suiza. Recuperado de www.who.int/entity/whosis/whostat/WHS2007Sp_Partel el 28 de Febrero del 2012.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares: no sea una víctima, protéjase*. Ginebra: OMS. Recuperado de www.who.int/publications/list/9241546727/es/index.html el 7 del 5 del 2012.
- Padilla, G., Roselló, M., Guzmán, S., & Araúz, A. (2006). Percepción de la obesidad en adultos costarricenses. *Acta médica Costarricense*, 48, 129-130. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx> el 4 del 8 del 2012.

- Palmero, F., Díez, J., Diago, J., Moreno, J., & Oblitas, L. (2007). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma Psicológica*, 14, 23-50. Recuperado de redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1342/134216860002.pdf el 20 del 8 del 2012.
- Pérez, A., Sanjuán, P., Rueda, B., & Ruiz, M. (2011). Salud cardiovascular en la mujer: el papel de la ira y su expresión. *Psicothema*, 23, 593-598. Recuperado de www.psicothema.com el 20 del 8 del 2012.
- Pérez, M., Redondo, M., & León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11, 1-19. Recuperado de <http://reme.uji.es> el 20 del 8 del 2012.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16, 85-112. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113076 el 20 del 8 del 2012.
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista de estudios interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12, 248-252. Recuperado de <http://www.urbe.edu/publicaciones/telos/ediciones/pdf/vol-12-2/nota-2.PDF> el 30 de noviembre del 2012.
- Ramakrishanan, V., Kumar, S., & Madhusudhanan, N. (2011). Genetic basis of coronary artery disease and its risk factors. *Journal of Pharmacy Research*, 4, 4634-4638. Recuperado de www.jpronline.info el 29 del 7 del 2012.
- Roselló, M., & Guzmán, S. (2003). Mortalidad por infarto agudo de miocardio: distribución geográfica y lugar de ocurrencia Costa Rica, 1970-2002. *Revista Costarricense de Cardiología*. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de www.scielo.sa.cr/scielo.php?
- Sáenz, D., Tinoco, Z., & Rojas, L. (2005). Factores de riesgo para infarto agudo de miocardio y prescripción de medicamentos para prevención secundaria. *Acta*

médica costarricense. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de www.revmatanzas.sld.cu/revista20medica/tema07.htm.

Sánchez, B y Ureña, P. (2011). Complejo ira-hostilidad y mecanismos de afrontamiento en personas que han sufrido un evento cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología*, 13, 13-17. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v13n1/a03v13n1.pdf> el 20 de Octubre del 2012.

Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud*, 3, 141-157. Recuperado de redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33730109.pdf el 20 de Octubre del 21 del 2012.

Segura, J., & Ruilope, L. (2011). Presión arterial medida en la consulta y presión arterial real ¿Son similares?. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2012, 140, 1-2. Recuperado de www.elsevier.es/hipertension el 7 del 8 del 2012.

Sender, R., & Valdés, M. (2006). *Estudio de la hostilidad y la reactividad cardiovascular en mujeres*. Tesis Doctoral: Universidad de Barcelona. Recuperado el 14 de Marzo del 2012 en www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/2702/SPC_TESIS.pdf

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm*, 9, 9-21. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf> el 10 de Marzo del 2012.

Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., & Singh, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. The Whitehall II study. *JAMA*, 303, 1159–1166. Recuperado de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/303/12/1159> el 10 del 8 del 2012.

- Tortós, J. (2000). La enfermedad coronaria, la epidemia del siglo XXI ¿Podemos enfrentarla? *Acta médica costarricense*. Obtenido el 18 de marzo del 2011 de www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid.
- Varela, M. I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca. Memoria para optar al grado de doctor en la Universidad Complutense de Madrid*. Recuperado de eprints.ucm.es/13346/1/T31110.pdf el 18 de Marzo del 2012.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana, J., Santeda, R., Valderasa, J., Ribera, A., Domingo., & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150. Consultado en www.unizar.es/.../Cuestionario%20Salud%20SF-36%20Español.pdf el 20 de Marzo del 2011.
- Vilagut, G., & Alonso, J. (2004). *Manual SEPAR de procedimientos: Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. Barcelona: PERMANYER. Obtenido el 8 de abril del 2011 en 190.27.195.165/index.php?idcategoria=82898&download.
- Ware, J. (2000). *SF-36 Health Survey Update*. PINE, 25, p. 3130-3139. Recuperado de <http://qolce.ntumc.org/pdf/sf36update.pdf> el 20 del 8 del 2012.
- World Health Organization.(2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: WHO Press. Recuperado de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html el 4 del 8 del 2012.
- World Health Organization. (1995). *The Quality of life assessment (WHOQOL), Position Paper from the World Health Organization*. Geneva: WHO. Recuperado el 14 de marzo del 2012 de www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

World Health Organization. (1964). *Rehabilitation of patients with cardiovascular disease.*

Technical report n. 270. Geneva: WHO. Recuperado el 14 de marzo del 2012 de libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_270.pdf

Zuñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., & Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México, 41*, 110-118. Recuperado de www.chime.ucla.edu/measurement/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf el 1 de 9 del 2011.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO:

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida, presentes en personas que sufrieron infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas

Bach. Mariana Torres Acuña

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** El presente estudio tiene como propósito conocer las formas en que las personas que han sufrido infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas, hacen frente al estrés relacionado con la enfermedad. Y determinar la relación entre lo anterior y el nivel en la calidad de vida experimentada por las personas tras haberse presentado el infarto. Este estudio será realizado como requisito de graduación al grado de licenciatura en psicología de la Universidad de Costa Rica, efectuado por Mariana Torres Acuña.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Si acepta participar en este estudio se realizará lo siguiente:
- Aplicación del cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y médicos (para personas que sufrieron infarto agudo de miocardio y sus parejas).
 - Aplicación del cuestionario sobre calidad de vida SF-36 (para personas que sufrieron infarto agudo de miocardio y sus parejas).
 - Aplicación de la escala de afrontamiento ante el estrés COPE (para personas que sufrieron infarto agudo de miocardio y sus parejas).
 - En el caso de los 3 cuestionarios, estos serán autoadministrados, (llenados por usted mismo(a), no obstante, si desea que la investigadora lo llene con su autorización se realizará la aplicación.
- C. RIESGOS:** Al participar en este estudio usted ni su pareja tendrán ningún riesgo o perjuicio.
- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio no obtendrá ningún beneficio directo. Sin embargo, su participación permitirá generar un nuevo conocimiento, con el fin de aprender más acerca de las formas de enfrentar el estrés y su relación con la calidad de vida después de experimentar un infarto del miocardio, el cual, puede llegar a ser de beneficio a otras personas en el futuro.
- E. VOLUNTARIEDAD:** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

- F. CONFIDENCIALIDAD:** Los datos que usted suministre serán confidenciales, esto es, que no se divulgará su nombre ni datos que le puedan localizar. Los resultados que sean obtenidos serán publicados de manera general y anónima.
- G. INFORMACIÓN:** Si usted desea más información puede comunicarse con Mariana Torres Acuña al tel: 88-51-27-36 y ella deberá contestar satisfactoriamente todas sus preguntas. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de Investigación, llamando a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- H.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto fecha

Nombre, cédula y firma del testigo
fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico para personas que sufrieron infarto agudo del miocardio y sus parejas

Las preguntas de este cuestionario hacen referencia a datos sociodemográficos, para obtener información de interés para el estudio “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida, presentes en personas que sufrieron infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas”. Por favor, responda cuidadosamente la información que se le solicita.

Datos Personales

1. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
2. Edad: _____
3. Lugar de residencia: _____ Provincia: _____ Cantón: _____
4. Nivel de escolaridad:
-Primaria: Incompleta _____ Completa _____ -Secundaria Incompleta _____ Completa _____
-Universidad Incompleta _____ Completa _____ -Otro: _____
5. Estado Civil: Casado(a): _____ Unión Libre: _____

Información Familiar

6. ¿Cuánto tiempo lleva conviviendo con su pareja actual? _____ (años) _____ (meses)
7. Tiene hijos(as): Sí _____ ¿Cuántos? _____ No: _____
8. Con quién vive actualmente? Pareja _____ Hijos _____ Otros (Especifique): _____

Información Laboral y Socioeconómica

9. ¿Usted trabaja? En su hogar: _____ Fuera de su hogar _____ Está jubilado(a): _____
10. ¿Actualmente tiene trabajo estable? _____ ¿Actualmente se encuentra desempleado(a)? _____
11. ¿Cuál es su ocupación? (Especifique): _____
12. Indique los ingresos mensuales aproximados de su hogar:
De 150.000 a 200.000: _____ De 450.000 a 500.000: _____
De 250.000 a 300.000: _____ De 550.000 o más _____
De 350.000 a 400.000: _____

Información clínica

Marque con una equis si presenta alguna de las siguientes condiciones (puede marcar más de una):

13. Ha fumado alguna vez en su vida:
(0) Sí: _____ ¿Hace cuánto empezó a fumar? _____ ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? _____
(1) Sí, pero actualmente ya no fumo _____ ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? _____ ¿Cuántos cigarrillos fumaba por día, antes de la ocurrencia del infarto? _____
(2) Nunca he fumado: _____
14. ¿Con qué frecuencia consume usted bebidas alcohólicas?
(0) Nunca (1) Ocasionalmente (2) Fines de semana
(3) Casi todos los días (4) Otro: _____
15. ¿Realizaba usted ejercicio físico antes de que se presentara el infarto de miocardio?
Sí: _____ No: _____ (pase a la pregunta 17)

16. *¿Con qué frecuencia realizaba ejercicio físico?*

- (0) Nunca
- (1) Ocasionalmente (menos de 2 veces por semana)
- (2) Con frecuencia (de 2-4 veces por semana)
- (3) Todos los días
- (4) Otros: _____

17. *Usted realiza ejercicio físico actualmente: Sí: _____ No: _____ (pase a la pregunta 19)*

18. *¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico?*

- (0) Nunca
- (1) Ocasionalmente (menos de 2 veces por semana)
- (2) Con frecuencia (de 2-4 veces por semana)
- (3) Todos los días
- (4) Otros: _____

19. *¿Qué actividades realiza usted para descansar? (puede marcar más de una)*

- (0) Ver televisión
- (1) Pasear
- (2) Caminar
- (3) Leer
- (4) Escuchar música
- (5) Visitar a la familia
- (6) Ir al cine
- (7) Otros: _____

20. *Antes del infarto de miocardio ¿seguía usted algún tipo de dieta especial?*

Sí _____ No _____

21. *Desde que padeció el infarto de miocardio ¿sigue la dieta prescrita por su médico?*

- (0) Nunca
- (1) Ocasionalmente (menos de 2 veces por semana)
- (2) Con frecuencia (de 2-4 veces por semana)
- (3) Todos los días
- (4) Otros: _____

22. *¿Presenta diagnóstico de las siguientes condiciones médicas?*

Diabetes: Sí _____ No: _____ Hipertensión: Sí: _____ No: _____
Triglicéridos: Sí: _____ No: _____ Colesterol: Sí: _____ No: _____

Las siguientes 3 preguntas deben ser contestadas únicamente por la persona que presenta infarto.

23. *¿Ha experimentado con anterioridad otro episodio de infarto agudo del miocardio? No: _____
Sí: _____ ¿Cuántos? _____*

24. *¿Hace cuanto sufrió el infarto más reciente?*

- (0) De uno a dos meses
- (1) De dos a cuatro meses
- (2) De cuatro a seis meses
- (3) Seis meses o más

25. *¿Actualmente asiste a algún programa de rehabilitación cardíaca?*

No: _____ Sí: _____ ¿Hace cuánto asiste? _____

Anexo 3

Inventario de estrategias de afrontamiento Carver (1997)

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones

difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Piense en la situación de enfermedad (infarto) que usted tuvo que enfrentar meses atrás. Marque con una equis (X) en la casilla del número que mejor ha reflejado su forma de enfrentarse a esta situación. Gracias.

Afirmaciones	1 No hice esto en lo absoluto	2 Hice esto un poco	3 Hice esto con cierta frecuencia	4 Hice esto con mucha frecuencia
1. Yo me puse a trabajar, estudiar o realizar otras actividades para distraerme.				
2. Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación que viví.				
3. Yo pensé: esto no es real.				
4. Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para sentirme mejor.				
5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.				
6. Yo me di por vencido(a) al no poder resolver la situación que estaba enfrentando.				
7. Yo hice cosas para poder mejorar la situación en la que estaba.				
8. Yo me negué a creer que esto hubiera pasado.				
9. Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables en relación a lo sucedido.				
10. Yo consumí bebidas alcohólicas u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.				
11. Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.				

12. Yo traté de crear una estrategia para enfrentar mi situación.				
13. Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.				
14. Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.				
15. Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.				
16. Yo hice bromas acerca de esto.				
17. Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto(a), dormir, o ir de compras.				
18. Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.				
19. Yo expresé mis pensamientos negativos.				
20. Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.				
21. Yo aprendí a vivir con esto.				
22. Yo pensé cuáles eran los pasos a seguir para enfrentar mi situación.				
23. Yo recé, oré o medité				
24. Yo me burlé de la situación que viví.				

Anexo 4

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud después de que se presentara el infarto agudo de miocardio. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible. **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general diría que su salud es:	1 <input type="checkbox"/> Excelente 2 <input type="checkbox"/> Muy buena 3 <input type="checkbox"/> Buena 4 <input type="checkbox"/> Regular 5 <input type="checkbox"/> Mala		
2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?	1 <input type="checkbox"/> Mucho mejor ahora que hace un año 2 <input type="checkbox"/> Algo mejor ahora que hace un año 3 <input type="checkbox"/> Más o menos igual ahora que hace un año 4 <input type="checkbox"/> Algo peor ahora que hace un año 5 <input type="checkbox"/> Mucho peor ahora que hace un año		
Las siguientes frases se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? si es así, ¿cuánto? (marque una respuesta por cada línea)	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
3. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.			
4. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar futbol o beisbol.			
5. Trasladar o llevar las compras del mercado.			
6. Subir varios pisos por la escalera.			
7. Subir un piso por la escalera.			
8. Inclinarsse, arrodillarse o agacharse.			
9. Caminar más de un kilómetro			
10. Caminar más de 100 metros			
11. Caminar 100 metros			
12. Bañarse o vestirse.			

Durante el <i>último mes</i> , ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?	Sí	NO
13. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.		
14. Ha hecho menos de lo que hubiera querido hacer.		
15. Se ha visto limitado en el tipo de trabajo o actividades cotidianas.		

Durante el <i>último mes</i> , ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido(a) o ansioso(a)?	Sí	NO
17. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.		
18. Ha hecho menos de lo que hubiera querido hacer.		
19. Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.		

16. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).

20. Durante el <i>último mes</i> , ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	1 <input type="checkbox"/> Nada 2 <input type="checkbox"/> Un poco 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Bastante 5 <input type="checkbox"/> Mucho
21. ¿Cuánto dolor <i>físico</i> ha tenido usted durante el <i>último mes</i> ?	1 <input type="checkbox"/> Ningún dolor 2 <input type="checkbox"/> Muy poco 3 <input type="checkbox"/> Poco 4 <input type="checkbox"/> Moderado 5 <input type="checkbox"/> Severo 6 <input type="checkbox"/> Muy severo
22. Durante el <i>último mes</i> , ¿cuánto le ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?	1 <input type="checkbox"/> Nada 2 <input type="checkbox"/> Un poco 3 <input type="checkbox"/> Más o menos 4 <input type="checkbox"/> Mucho 5 <input type="checkbox"/> Demasiado.

Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted <i>durante el último mes</i> . Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo <i>durante el último mes</i>	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
23. Se ha sentido lleno de vida?						

24. Se ha sentido muy nervioso?						
25. Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle?						
26. ¿Se ha sentido tranquilo y calmado?						
27. Ha tenido mucha energía?						
28. Se ha sentido desanimado y triste?						
29. Se ha sentido agotado?						
30. Se ha sentido feliz?						
31. Se ha sentido cansado?						

32. Durante el <i>último mes</i> , ¿con qué frecuencia su salud física o sus <i>problemas emocionales</i> han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc)?	1 <input type="checkbox"/> Siempre 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces 4 <input type="checkbox"/> Casi nunca 5 <input type="checkbox"/> Nunca
---	--

¿Qué tan CIERTA o FALSA es <i>cada una</i> de las siguientes frases para usted?	Definitivamente cierta	Cierta	No sé	Falsa	Definitivamente falsa
33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.					
34. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.					
35. Creo que mi salud va a empeorar.					
36. Mi salud es excelente					

Anexo 5

Resultados SF-36 para cada dominio evaluado por criterio de jueces.

SF-36			
Ítem #	Congruencia	Claridad	Contexto
1	1	1	1
2	1	1	1
3	0,8	0,8	1
4	0,8	0,8	0,8
5	1	1	1
6	1	1	0,6
7	1	1	1
8	1	1	1
9	0,8	0,8	0,6
10	0,8	0,6	0,6
11	1	0,8	0,8
12	1	1	1
13	0,8	0,8	1
14	1	0,4	1
15	0,8	0,4	0,6
16	1	0,6	1
17	0,8	0,8	1
18	0,8	0,4	1
19	0,8	0,8	1
20	1	0,6	1
21	1	1	1
22	1	0,6	1
23	1	0,8	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
31	1	1	1
32	1	0,4	1
33	1	0,8	1
34	1	1	1
35	1	1	1
36	1	1	1

Anexo 6

Resultados Inventario Cope versión breve para cada dominio evaluado por criterio de jueces.

Inventario Cope versión breve			
Ítem #	Congruencia	Claridad	Contexto
1	1	1	1
2	0,8	0,2	1
3	1	1	1
4	1	0,6	1
5	1	1	1
6	0,6	0,6	0,6
7	1	1	1
8	1	0,8	1
9	0,8	0,6	0,8
10	1	0,6	1
11	0,6	0,6	0,6
12	0,6	0,4	0,6
13	1	0,6	1
14	0,6	0,6	0,6
15	0,6	0,6	0,6
16	1	1	1
17	1	0,6	1
18	1	0,8	1
19	0,8	0,8	0,8
20	1	1	1
21	1	1	1
22	0,6	0,4	0,6
23	1	1	1
24	1	1	1

Anexo 7

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
BACH. MARIANA TORRES ACUÑA

PROPÓSITO DE LA PRUEBA

El presente cuestionario forma parte del anteproyecto de investigación para optar por el grado de licenciatura en psicología “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida presente en personas que sufrieron infarto agudo del miocardio (IAM) y sus parejas”, llevado a cabo por la Bach. Mariana Torres Acuña.

Dicho instrumento tiene el objetivo de realizar una validación de contenido de los ítems que conforman los instrumentos utilizados para medir las variables en estudio (SF-36 y el inventario de afrontamiento COPE en su versión breve).

Esta validación forma parte del proceso de adaptación de lenguaje de tales pruebas, al contexto costarricense, debido a que estas serán utilizadas en sus versiones mexicanas. Para ello, se ha seleccionado el procedimiento criterio de expertos “congruencia ítem-objetivo”. El cual consiste en una evaluación otorgada por expertos(as) en el tema estudiado, con respecto al grado de consistencia evidenciado por los ítems hacia los objetivos planteados para cada dominio (Osterlind, 1988).

Para esta validación, se han considerado 3 variables a evaluar: el **nivel de claridad del ítem**, es decir, la precisión con la cual el ítem es comprendido, el **nivel de congruencia** con respecto a los objetivos señalados y el grado en que el ítem se ajusta y es pertinente al **contexto** de la población que va dirigido el test. Por esta razón, se solicita su cooperación como experto(a), la cual será de suma utilidad para la realización de la presente investigación.

CONTEXTUALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

Cuestionario de salud SF-36

El cuestionario de salud SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados y evaluados para medir la calidad de vida relacionada con la salud, en distintas enfermedades, incluyendo las cardiovasculares. Fue desarrollado a principios de la década de los 90 en Estados Unidos para su uso en el estudio de los resultados médicos MOS (Medical Outcomes Study, MOS). Está compuesto por 36 ítems distribuidos en 8 escalas, que valoran estados de salud tanto positivos como negativos. A continuación se ofrece una breve definición de cada una de las escalas:

-Función física: Se refiere al grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, tales como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos (Ware, 2000).

-Rol físico: Se refiere al grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar (Ware, 2000).

-Dolor corporal: Se refiere a la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y las actividades del hogar (Ware, 2000).

-Salud general: Consiste en una valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar (Ware, 2000).

-Vitalidad: Incluye un sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo (Ware, 2000).

-Función social: Se refiere al grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual (Ware, 2000).

-Rol emocional: Se refiere al grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo (Ware, 2000).

-Salud mental: Incluye una valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general (Ware, 2000).

Inventario COPE versión breve

Esta escala fue desarrollada por Carver y Sheier (1989) en 1997, con el fin de evaluar los estilos de afrontamiento. Se encuentra conformada por 24 ítems e incluye respuestas tanto adaptativas y funcionales (por ejemplo; afrontamiento proactivo, uso de apoyo social, aceptación), así como, desadaptativas (uso de drogas).

Dicha escala cuenta con una versión redactada en español por Perczek, Carver, Price y Pozo (2000). Y se encuentra conformada 12 sub escalas (cada una de dos ítems. A continuación se ofrece una breve descripción de cada una de las escalas:

-Auto-distracción: Consiste en la ejecución de proyectos o actividades, con el fin de distraerse del estímulo estresor.

-Afrontamiento activo: Se refiere a la realización de acciones directas tendientes a eliminar o reducir el estresor.

-Negación: Implica la negación de la realidad del suceso estresante.

-Uso de sustancias alcohol-medicamentos: Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.

-Uso de apoyo emocional: Implica la consecución de apoyo emocional, por medio de simpatía y comprensión.

-Desconexión conductual: Se define como una reducción de los esfuerzos para tratar con el estresor.

-Desahogo: Conlleva un aumento del reconocimiento del propio malestar emocional, así como, una tendencia a expresar esos sentimientos.

-Reinterpretación positiva: Consiste en buscar el lado positivo del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.

-Planificación: Implica la planificación de estrategias de acción para lidiar con el estresor.

-Humor: Consiste en hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes.

-Aceptación: Implica aceptar el hecho de que lo que está ocurriendo es real.

-Religión: Manifiesta una tendencia de volverse hacia la religión en momentos de estrés, también implica un aumento de la participación en actividades religiosas.

INSTRUCCIONES

El instrumento que se presenta a continuación tiene como objetivo realizar una validación de contenido de los ítems que conforman el test SF-36, por medio del juicio de expertos de congruencia ítem-objetivo. Por favor indique el nivel de congruencia de los ítems de acuerdo con el objetivo señalado para cada subescala. Asimismo, indique el nivel de claridad (precisión con la cual el ítem es comprendido) y pertinencia al contexto costarricense de cada uno de los ítems presentados. Señale el grado de congruencia de acuerdo con las siguientes categorías: A: Alto grado de congruencia, M: Medio grado de congruencia, B: Bajo grado de congruencia. A la par de cada ítem se provee un espacio para que usted realice comentarios o aclaraciones sobre la respuesta otorgada, en caso de considerarlo necesario.

CUESTIONARIO # 1: GRADO DE CONGRUENCIA ÍTEM-OBJETIVO SF-36

Objetivo # 1: Establecer el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria.												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
		A	M	B	A	M	B	A	M	B		
Función Física	3. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.											
	4. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol.											
	5. Trasladar o llevar las compras del mercado.											
	6. Subir varios pisos por la escalera.											
	7. Subir un piso por la escalera.											
	8. Inclinarsse, arrodillarse o agacharse.											
	9. Caminar más de diez cuadras.											
	10. Caminar varias cuadras											
	11. Caminar una cuadra.											
	12. Bañarse o vestirse.											
Objetivo # 2: Establecer el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar.												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
		A	M	B	A	M	B	A	M	B		
Rol Físico	13. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.											

	14. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.												
	15. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.												
	16. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).												
Objetivo # 3: Establecer la medida de la intensidad de dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.													
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios		
Dolor Corporal	21. ¿Cuánto dolor <i>físico</i> ha tenido usted durante el <i>último mes</i> ?	A	M	B	A	M	B	A	M	B			
	22. ¿Cuánto <i>el dolor</i> le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?												
Objetivo # 4: Establecer la valoración personal del estado de salud, incluyendo la situación actual, perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.													
Salud General	1. En general diría que su salud es.												
	33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.												
	34. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.												
	35. Creo que mi salud va a empeorar.												
	36. Mi salud es excelente.												
Objetivo # 5: Establecer la presencia de sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.													
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios		
Vitalidad	23. Se ha sentido lleno de vida?	A	M	B	A	M	B	A	M	B			
	27. Ha tenido mucha energía?												
	29. Se ha sentido												

	agotado?											
	31. Se ha sentido cansado?											
Objetivo # 6: Establecer el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.												
Función social	20. Durante el <i>último mes</i> , ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?											
	32. Durante el <i>último mes</i> , ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?											
Objetivo # 7: Establecer el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
Rol Emocional	17. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	18. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.											
	19. Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.											
Objetivo # 8: Establecer la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general												
Salud Mental	24. Se ha sentido muy nervioso?											
	25. Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlo?											
	26. Se ha sentido tranquilo y calmado?											
	28. Se ha sentido desanimado y triste?											
	30. Se ha sentido feliz?											

CUESTIONARIO # 2: GRADO DE CONGRUENCIA ÍTEM-OBJETIVO “BRIEF COPE INVENTORY”

Objetivo # 1: Indicar el grado de concentración en otros proyectos o actividades, con el fin de no concentrarse en el estresor.												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
Auto-Distracción	1. Yo me puse a trabajar, estudiar o realizar otras actividades para distraerme.	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	17. Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto(a), dormir, o ir de compras.											
Objetivo # 2: Establecer la ejecución de acciones o esfuerzos tendientes a reducir o eliminar un estresor.												
Afrontamiento Activo	2. Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.											
	7. Yo hice cosas para poder mejorar la situación en la que estaba.											
Objetivo # 3: Indicar el grado de negación de un suceso												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
Negación	3. Yo pensé: esto no es real	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	8. Yo me negué creer que esto hubiera pasado.											
Objetivo # 4: Determinar la ingesta de alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o ayudarse a soportar al estresor.												
Uso de sustancias	4. Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	10. Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.											
Objetivo # 5: Determinar el grado de apoyo emocional conseguido.												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
Uso de apoyo emocional	5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	13. Yo recibí apoyo y comprensión de											

	alguien.											
Objetivo # 6: Indicar el grado en que se reducen los esfuerzos para tratar con el estresor.												
Desconexión conductual	6. Yo me di por vencido(a) al no poder resolver la situación que estaba enfrentando.											
	14. Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.											
Objetivo # 7: Determinar el aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
Desahogo	9. Yo dije cosas para expresar mis sentimientos desagradables.	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	19. Yo expresé mis pensamientos negativos.											
Objetivo # 8: Determinar el grado en que se busca el lado positivo y favorable de la situación.												
Reinterpretación positiva	15. Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	11. Yo traté de ver la situación de una manera más positiva.											
Objetivo # 9: Establecer la ejecución y planificación de esfuerzos y estrategias con el fin de hacer frente a un estresor.												
Subescala	Ítem	Congruencia			Claridad			Contexto			Comentarios	
Planificación	12. Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer en mi situación	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	22. Yo pensé mucho cuáles eran los pasos que tendría que seguir para hacer frente a mi situación.											
Objetivo # 10: Determinar la utilización del humor ante situaciones estresantes.												
Humor	16. Yo hice bromas acerca de esto.											
	24. Yo me burle de la situación											
Objetivo # 11: Indicar el nivel de aceptación de la situación como un evento real.												

Aceptación	18. Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.										
	21. Yo aprendí a vivir con esto.										
Objetivo # 12: Determinar la utilización de la religión como una forma de apoyo ante situaciones estresantes.											
Religión	20. Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.	A	M	B	A	M	B	A	M	B	
	23. Yo recé, oré o medité.										

